
Contribution à l'étude DE l'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique

THÈSE

Présentée et soutenue le 7 Décembre 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre COUSTENOBLE

Né à Estaires (Nord), le 19 Février 1913.

INTERNE DES HÔPITAUX DES FACULTÉS LIBRES DE LILLE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. PERRIN, professeur ..	<i>Président.</i>
		WATRIN	} <i>Juges.</i>
		DROUET, agrégé	
		KISSEL, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1937

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYPERTENSION INTRA-CRANIENNE
D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Contribution à l'étude DE l'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique

THÈSE

Présentée et soutenue le 7 Décembre 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre COUSTENOBLE

Né à Estaires (Nord), le 19 Février 1913

INTERNE DES HÔPITAUX DES FACULTÉS LIBRES DE LILLE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. PERRIN, professeur ..	Président.
		WATRIN	{ Juges.
		DROUET, agrégé	
		KISSEL, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1937

FACULTÉ DE MEDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

DOYEN : M. L. SPILLMANN, O.✱, I.✱.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. NICOLAS, ✱, I.✱.	MM. GARNIER, ✱, I.✱.	MM. HOCHÉ, O.✱, I.✱.
WEISS, O.✱, I.✱.	MACÉ, ✱, I.✱.	LAMBERT, ✱, I.✱.
BOUIN, O.✱, I.✱.	P. PARISOT, O.✱, I.✱.	FREILICH, ✱, I.✱.
ANCEL, ✱, I.✱.	DUFOUR, ✱, I.✱.	

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	L. SPILLMANN, O.✱, I.✱.
Clinique obstétricale et Accouchements ..	A. FRUHNSHOLZ, O.✱, I.✱.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	P. JACQUES, ✱, I.✱.
Clinique de chirurgie urinaire	P. ANDRÉ, O.✱, I.✱.
Histologie	R. COLLIN, ✱, I.✱.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, O.✱, I.✱.
Clinique médicale	L. RICHON, ✱, I.✱.
Chimie médicale	H. ROBERT, ✱, I.✱.
Clinique médicale	M. PERRIN, ✱, I.✱.
Hygiène et médecine préventive	J. PARISOT, C.✱, I.✱.
Clinique chirurgicale	HAMANT, ✱, I.✱.
Clinique ophtalmologique	P. JEANDELIZE, ✱, I.✱.
Physiologie	SANTENOISE, ✱, O.✱, A.✱.
Clinique des maladies des enfants	L. CAUSSADE, ✱, I.✱.
Bactériologie et parasitologie médicale ...	DE LAVERGNE, ✱, I.✱.
Thérapeutique	SIMONIN, ✱, I.✱.
Clinique gynécologique	BINET, ✱, I.✱.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHÉLEMY, ✱, I.✱.
Hydrologie	N...
Anatomie pathologique	N...
Professeur sans chaire	L. JOB, ✱, I.✱.
»	WATRIN, ✱, I.✱.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Clinique des maladies tuberculeuses	ABEL, ✱, I.✱, agrégé.
»	P. SIMONIN, ✱, I.✱, professeur.
Pathologie générale	DROUET, ✱, I.✱, agrégé.
Pathologie externe	GUILLEMEN, A.✱, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	DE LAVERGNE, ✱, I.✱, professeur.
Clinique des vieillards	DROUET, ✱, I.✱, agrégé.
Propédeutique dermatologique	WATRIN, ✱, I.✱, profess. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	G. LAMY, ✱, I.✱, ch. du c., ag. lib.
Accouchements (cours théorique)	JOB, ✱, I.✱, professeur sans chaire.
Obstétrique	VERMELIN, ✱, I.✱, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	KISSEL, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	MUTEL, ✱, I.✱, agrégé.
Pathologie interne	ABEL, ✱, I.✱, agrégé.
Clinique des maladies mentales	HAMEL, ✱, docteur.
Education physique (1)	L. MERKLEN, A.✱, agrégé.
Physiologie du travail	L. MERKLEN, A.✱, agrégé.
Clinique neurologique (1)	MICRON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	AUBRIOT, ✱, docteur.
Parasitologie	DOMBRAY, ✱, docteur.

AGREGES EN EXERCICE :

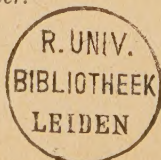
MM. MERKLEN, I.✱.	MM. WOLFF, A.✱.	MM. GUILLEMEN, A.✱.
FLORENTIN, ✱.	MELNOTTE, O.✱.	ABEL, ✱, A.✱.
BODART.	MUTEL, ✱, I.✱.	DROUET, A.✱.
CHALNOT.	VERMELIN, ✱, A.✱.	KISSEL.

AGREGES LIBRES :

MM. G. GROSS, ✱, I.✱.	MM. BUSQUET, I.✱.
S. RÉMY, I.✱.	LAMY, ✱, I.✱.
M. E. TRIBOLET, I.✱, Secrétaire.	

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je leur dois ce que je suis. Je leur dédie
ce travail, qu'il soit pour eux le meilleur
gage de ma très grande affection et de
ma vive reconnaissance.*

A MES FRÈRE ET SOEURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS DE L'ÉCOLE OZANAM

A MES CAMARADES D'INTERNAT

LES DOCTEURS : STÉPHAN DESREUMEAUX
RENÉ DEHOUCK, J. H. ROGEZ,
EDOUARD ALEXANDRE

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A M. LE PROFESSEUR DEREUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Philibert

*Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a dirigé dans son élaboration.
En témoignage de notre vive reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS :

CAMELOT (chirurgie générale, Externat, 1934).
LANGERON (médecine générale, Externat, 1935).
DEREUX (médecine générale, Internat, 1936).
COURTY (chirurgie générale, Internat, 1936).
DEHERRIPON (Enfants malades, Internat 1937).
FAVREAU (Maternité, Internat, 1937).

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE

A MON PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR PERRIN
Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique médicale

*Qu'il veuille bien agréer l'hommage de ma
respectueuse reconnaissance pour l'accueil
bienveillant qu'il a réservé à ce travail et
le grand honneur qu'il m'a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A MM. LES MEMBRES DE MON JURY

M. LE PROFESSEUR WATRIN.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DROUET.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ KISSEL.

INTRODUCTION

Il y a quelque cinquante ans, on indiquait souvent la syphilis comme étiologie de l'hypertension Intra-Cranienne. On trouve à ce moment dans la littérature de nombreux cas de stase papillaire guéris par le traitement spécifique. C'était donc surtout les ophtalmologistes qui s'occupaient de ces malades. Actuellement, avec les progrès de la neurochirurgie, la Ponction Lombaire courante, la pratique systématique du Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, ces faits sont devenus beaucoup plus rares. Il semble au contraire que la syphilis ne donne que tout à fait exceptionnellement un syndrome d'Hypertension Intra-Cranienne. Nous verrons, en exposant l'historique de cette question, comment les idées ont peu à peu évolué à ce sujet.

Après avoir étudié les différents mécanismes pathogéniques que peut emprunter la syphilis, nous verrons combien les écueils sont nombreux quand il s'agit d'affirmer une étiologie spécifique. Très facilement, il est possible de s'égarer et de porter le diagnostic de syphilis alors que cette infection n'est pas du tout en cause. Et les éléments apparemment les plus sûrs peuvent être en défaut :

même la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien et le classique traitement d'épreuve.

Nous laisserons de côté, en grande partie, la question des gommés syphilitiques du cerveau qui a été étudiée maintes fois et exposée de façon très complète. Il s'agit plutôt d'une variété de tumeur cérébrale dont la véritable nature n'est découverte le plus souvent qu'à l'intervention.

Nous nous attacherons plutôt aux cas d'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique qui ne s'accompagnent pas de lésions macroscopiques cérébrales. Il s'agira surtout de cas où, en dehors du syndrome d'hypertension intra-cranienne et de la stase papillaire, il n'existe aucun autre élément clinique. Et bien souvent au cours de ce travail nous emploierons, indifféremment presque, les termes de stase papillaire syphilitique ou d'hypertension intra-cranienne syphilitique. Nous essaierons de montrer comment ce diagnostic est devenu très rare, en raison mêmes des multiples garanties dont il faut s'entourer.

Nous avons observé dans le service de notre Maître, le Professeur Dereux, un cas de cette hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique. Nous avons essayé de nous entourer de toutes les garanties biologiques et cliniques nécessaires. Et dans ces conditions seulement on a pu affirmer le diagnostic. Il nous a paru très intéressant de rapporter cette observation, qui a fait d'ailleurs l'objet d'une

communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Après avoir envisagé les différents traitements à mettre en œuvre pour obtenir une guérison rapide, nous essaierons de tirer quelques conclusions nettes de l'étude de tous ces faits. Il nous faudra donner quelques règles de conduite précises qui permettent au praticien d'éviter les méfaits d'un traitement antisyphilitique inutile et surtout de retarder une intervention qui, précocement pratiquée, peut seule sauvegarder la vision et même l'existence du malade.

HISTORIQUE

Ce sont les oculistes qui, les premiers, ont étudié l'hypertension Intra-Cranienne d'origine syphilitique. Leur attention était attirée sur l'action remarquable du traitement spécifique dans certains cas de stase papillaire. Si l'on parcourt les journaux médicaux allemands du milieu du siècle dernier, on ne peut qu'être frappé par le nombre de « rétinites syphilitiques » guéries par le traitement spécifique. Les articles de Jacobson en 1859, de Breining en 1861, de Schreiber en 1862, de Grossmann en 1866, en rapportent des cas très intéressants. Cependant, en France, Sichel, dans la *Gazette Médicale de Paris* déjà en 1859, et Galezowski en 1866 dans la *Gazette des Hôpitaux*, décrivent des cas semblables. Dechambre, dans son *Dictionnaire des Sciences Médicales* paru en 1876, reprend toute la question et, sous le nom de Rétinite Syphilitique, il décrit une papille de stase banale. Il dit lui-même d'ailleurs que « la rétinite syphilitique ne se distingue par aucun signe caractéristique ». Il insiste surtout sur le traitement : « les mercuriaux et les antiphogistiques, convenablement administrés, donnent quelquefois lieu à de notables améliorations et même à des guérisons complètes ». F. Lagrange, en 1897, décrivant la stase papillaire par opposition à la né-

vrite rétro-bulbaire, parle de l'éventualité possible d'une papillite syphilitique et insiste, lui aussi, sur les bienfaits du Traitement spécifique. « Le Traitement, dit-il, doit être étiologique et institué énergiquement avant la période d'atrophie. Les cas dans lesquels la syphilis intervient sont presque les seuls favorables. » Il s'agit toujours de stase papillaire d'origine syphilitique. A cette époque où la Ponction Lombaire n'était pas, comme actuellement, pratiquée systématiquement, c'est un des meilleurs signes physiques d'hypertension intra-cranienne. Et cette hypertension intra-cranienne était presque toujours rapportée à la syphilis.

Mais Quinke, en 1891, décrivait les bienfaits de la ponction lombaire dans l'hydrocéphalie. Vèlter, Van Hippel insistent sur les heureux résultats de la trépanation dans le traitement de la stase papillaire. On ne pense plus uniquement à la syphilis comme cause de la stase papillaire, après les tumeurs cérébrales et avant la néphrite. Après les travaux de Nonne et de Claude en France, l'importance de la méningite séreuse quelquefois d'origine syphilitique est bien mise en évidence. On demande les examens biologiques du sang et de liquide céphalo-rachidien pour affirmer la syphilis.

Pourtant, c'est toujours à elle que l'on attribue en premier lieu le syndrome d'hypertension intra-cranienne et Dubarry en 1905 écrivait, en parlant de la trépanation dans le traitement de la stase papillaire : « Tout le monde est d'accord, quelle que

soit la cause de la compression intra-cranienne, qu'il s'agisse d'une méningite séreuse ou d'une tumeur, pour ne recourir aux méthodes chirurgicales qu'après échec constaté d'un traitement antisyphilitique intensif. »

Mais déjà, en 1912, les neurochirurgiens réagissent contre ce rôle trop important donné à la syphilis. Clovis Vincent, dans la *Revue Neurologique*, rapportant plusieurs observations, dénonce la positivité de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien au cours de maladies nerveuses dont la nature syphilitique n'est pas démontrée. En 1923, il reprend les mêmes conclusions dans un article paru sur la réaction de Wassermann dans les tumeurs du cerveau. Vers le même temps, Mathieu Pierre Weill, Uréchia, Babonneix et Chabrol décrivent des cas de tumeur cérébrale avec Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien. Les neurologistes semblent se méfier du rôle vraiment trop grand accordé à la syphilis dans l'Etiologie de l'Hypertension Intra-Cranienne. Pourtant, en 1923 aussi, Baruch en Allemagne insiste sur l'importance de l'arséno-benzol dans le traitement de la stase papillaire syphilitique. Par contre, Henri Dufour et Cantonnet rapportent trois observations où la Craniotomie décompressive fut nécessaire avant tout traitement médicamenteux pour guérir la stase papillaire chez les syphilitiques.

Si les neuro-chirurgiens écartent de plus en plus le diagnostic de syphilis en faveur des tumeurs

cérébrales, on trouve rapportées dans les Sociétés d'Oculistique d'assez nombreuses observations de guérisons de stase papillaire par le traitement spécifique. En 1926, Roger, Reboul, Lachaux rapportent un cas d'hypertension intra-cranienne avec stase papillaire chez un syphilitique sans réaction méningée. Dollfuss et Renard vers le même temps rapportent deux observations d'hypertension intra-cranienne guérie par le traitement spécifique. En 1930, Rollet et Paufigue présentent un malade porteur d'œdème papillaire par méningite séreuse syphilitique. Satanovosky, de Buenos-Aires, décrit en 1934 différents cas d'œdème papillaire d'origine syphilitique guéris par le traitement médical sans intervention chirurgicale. Les cas publiés d'hypertension intra-cranienne apparaissent donc relativement assez nombreux. Ce sont les oculistes qui semblent en avoir observé le plus grand nombre.

Par contre, en 1929, Bagdazar, étudiant le traitement chirurgical des gommés cérébrales, insiste sur leur très grande rareté. Clovis Vincent dans une conférence récente invite instamment les médecins à penser très rarement à la syphilis en présence d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne. De Buscher et Schérer, de Bruxelles, rapportent en 1935 un cas où syphilis cérébrale et gliome ont coexisté. En 1936, MM. Davis et Berdet, dans une observation très intéressante d'arachnoïdite syphilitique de la grande citerne, montrent comment peut agir la syphilis pour réaliser l'hypertension du liquide cé-

phalo-rachidien. Et en Mars 1397, Riser et Planques, de Toulouse, décrivant des ramollissements pseudo-tumoraux de l'encéphale, découvrent un mécanisme très intéressant d'hypertension qui peut être quelquefois syphilitique.

Ce sont, au fond, des cas d'exception. On est loin actuellement des nombreux cas de stase papillaire, de « rétinite syphilitique » guéris par le traitement mercuriel et arsenical. Maintenant que la ponction lombaire est pratiquée de façon courante, que le Wassermann est recherché systématiquement dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, les cas d'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique se font plus rares.

Faut-il incriminer nos moyens d'exploration meilleurs, ou bien est-ce que les traitements modernes de la syphilis permettent d'éviter cette forme de syphilis nerveuse ? Il semble bien que les auteurs actuels ne décrivent plus que bien rarement des syndromes d'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique. Nous allons voir pourquoi au cours du prochain chapitre de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

DANS QUELLES CONDITIONS INTERVIENT L'HYPERTENSION INTRA-CRANIENNE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

L'hypertension intra-cranienne décelée au manomètre se rencontre à un degré plus ou moins intense dans de nombreuses manifestations syphilitiques, mais l'allure clinique de ces affections peut être au premier plan, l'hypertension intra-cranienne n'est qu'un corollaire. C'est le cas des hypertensions que l'on trouve au cours des méningites syphilitiques aiguës ou chroniques. Ou bien, l'hypertension intra-cranienne est vraiment le facteur premier, dominant. Les examens biologiques sont en faveur de la syphilis et on trouve à l'origine une gomme cérébrale, d'autres lésions moins évidentes comme des ramollissements accompagnés d'hypertension, ou bien la lésion est encore plus discrète, il s'agit de lésions des plexus choroïdes ou de troubles de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien.

Au cours des méningites chroniques d'origine syphilitique, comme le tabès, la paralysie générale,

on peut trouver au manomètre de Claude de légères hypertensions du liquide céphalo-rachidien. Au lieu de 20 centimètres d'eau en position couchée, on pourra trouver des chiffres de 35 à 40. Mais c'est une simple découverte de ponction lombaire. Ce qui attire uniquement l'attention, ce sont les signes cliniques, les troubles de la marche ou les douleurs dans le tabès, la démence si caractéristique dans la paralysie générale; on n'aura aucun signe clinique particulier d'hypertension intra-cranienne. Toute irritation méningée peut s'accompagner d'un peu d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Elle est tout à fait secondaire et ne nous intéressera pas dans ce travail.

Dans les méningites syphilitiques aiguës, les signes d'hypertension intra-cranienne sont le plus souvent les premiers symptômes qui attirent l'attention. C'est une affection rare. Ralph. L. Drake, de Philadelphie, analyse en 1935 les 50 cas publiés. L'œdème papillaire est un symptôme clinique important qui doit être chaque fois recherché. Il a été signalé dans 16 des cas décrits; notons que dans 20 de ces observations on ne parle guère du nerf optique. Cependant, la céphalalgie, la paralysie des nerfs craniens, sont les symptômes les plus manifestes de l'affection, l'hypertension intra-cranienne ici aussi n'est au fond que secondaire et perdue dans tous les tableaux cliniques de la méningite. Rollet et Paufigue rapportent à ce sujet une observation très intéressante de méningite syphilitique :

F. E..., 36 ans, entre dans le service de M. le Docteur Favre, le 17 Août 1921 pour syphilis datant d'Octobre 1920 et Ictère léger datant de juillet 1921.

En Octobre 1920, chancre au niveau du sillon balanopréputial. Traitement 15 jours après l'apparition du chancre (914, injections poussées jusqu'à 0 gr. 90 ; huile grise à 0 gr. 12, près de 20 piqûres).

Il y a 6 semaines, ictus avec chute sur le sol. Il ne perdit pas connaissance complètement et se rendit compte qu'on le transportait chez lui. Il se coucha lui-même et se leva pour reprendre son travail. Le surlendemain, une crise à peu près semblable. Depuis, il a eu environ tous les deux jours de courtes crises douloureuses dans les jambes, caractérisées par une souffrance d'environ 2 minutes, siégeant plus particulièrement dans la jambe droite et s'irradiant jusqu'au tronc, quelquefois même jusqu'au bras droit.

A l'entrée : céphalée frontale et de la partie supérieure du crâne, malade répondant mal aux questions et cherchant avec peine ses souvenirs, même peu éloignés. Pas de paralysie. Pas d'atrophie musculaire, pas de troubles de la sensibilité. Un peu d'incoordination dans certains mouvements délicats. Réflexe rotulien normal à droite et très diminué à gauche. Réflexes Achilléens normaux. Le réflexe cutanéoplantaire semble se faire en flexion. Réflexes anti-brachiaux normaux.

Pupilles légèrement dilatées, la gauche étant un peu plus dilatée. Elles sont un peu irrégulières et paresseuses à l'éclairage. L'examen du fond de l'œil pratiqué par le Docteur Angibaud montrait une névrite optique bilatérale avec papilles de stase. Papilles saillantes, veines dilatées et flexueuses, artères petites. A droite, petite hémorragie juxtapillaire.

Ponction lombaire. Tension 28 au manomètre de Claude. (La tension n'a pu être prise au manomètre qu'un temps assez long après le début de l'écoulement et le chiffre ne saurait être considéré comme représentant la tension). Liquide louche. Albumine 0,75 cgr.

Lymphocytose intense.

Wassermann très positif.

Urines : pas d'albumine.

La ponction lombaire a diminué légèrement la céphalée.

Le 25 Août 1921. — Ce qui frappe surtout chez ce malade, c'est l'état mental fait de désorientation, d'hébétéude et de satisfaction. Il est impossible d'avoir une conversation suivie avec ce malade qui sourit bêtement à la moindre question. Il se plaint de céphalée et se sent comme ivre. Il marche en festonnant, sans aucun signe cérébelleux. Le diagnostic fut celui de syphilis à localisation surtout méningée, avec exsudats prédominants à la base au voisinage du nerf optique et du moteur oculaire externe et expliquant par l'hypertension et la contiguité inflammatoire les signes oculaires observés. (Dr Favre).

Le 26 Août 1921. — Examen ophtalmoscopique fait à la clinique de M. le Professeur Rollet. Baisse de la vision remontant à huit jours. Diplopie homonyme par parésie du moteur oculaire externe droit. Emmétropie. Milieux transparents : O.D. V. = 2/3, O.G. V. = 2/3.

Les deux papilles sont en saillie notable, augmentées de volume, à bords diffus, de couleur gris rouge. Les vaisseaux font un coude sur le bord papillaire. Il existe surtout à droite de grosses suffusions sanguines péri-vasculaires. Le champ visuel pour le blanc paraît normal.

Le 1^{er} Septembre 1921. — Ponction lombaire. Tension 45. Diminution considérable des cellules, quelques globules rouges, assez nombreux lymphocytes.

Le 7 Septembre 1921, l'examen ophtalmoscopique ne montre aucun changement dans l'état des papilles.

Le 6 Octobre 1921. — Depuis le 1^{er} septembre, amélioration progressive de la protension papillaire. Psychisme rapidement revenu à la normale (8-10 jours au plus). La diplopie a été plus lente à disparaître (3 semaines environ). Pen-

dant les 8 à 10 derniers jours, elle n'apparaissait que dans l'après-midi ou le soir. Sensation de lourdeur sur la tête.

Le malade a reçu 14 injections de Biiodure d'Hg et 7 injections de novarsénobenzol.

Dans ce cas également, les signes psychiques, la paralysie oculaire avec diplopie sont au premier plan du tableau clinique. L'hypertension intra-cranienne, mise en évidence par la découverte de l'œdème papillaire et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, fait partie du contexte clinique mais n'en est pas l'essentiel. Ce n'est pas encore vraiment ce que nous voulons décrire sous le nom d'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique.

Avant d'aborder réellement notre sujet, il nous semble indispensable d'insister déjà sur la rareté extrême de ce syndrome. Clovis Vincent, dans une conférence aux Journées Médicales de la Faculté Libre 1936, parlait en ces termes : « Je ne vous dirai jamais assez que la notion de syphilis est le plus grand fléau du neuro-chirurgien. En présence d'une maladie du système nerveux, elle hante l'esprit des médecins. Presque tous les malades atteints de tumeurs du cerveau ont subi, avant d'être amenés au neuro-chirurgien, un traitement antisiphilitique et pourtant, à l'intervention, on trouve moins de 1 % de tumeurs syphilitiques. En Amérique on en trouve moins de 1,7 %. C'est dire qu'en présence

d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne, le diagnostic de syphilis est presque toujours une erreur : il ne se justifie que dans un cas sur cent. » L'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique est une rareté. Nous verrons de quelles garanties sévères il faut s'entourer avant de l'affirmer. Et dans les cas où elle existe réellement, la syphilis produit des gommes et d'autres lésions plus discutables, comme des Artérites amenant un ramollissement qui s'accompagne quelquefois d'hypertension. Enfin, dans certains cas de méningite séreuse d'origine syphilitique, il faut admettre, peut-être, quelque lésion des plexus choroïdes ou des troubles de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien.

Dimitrie Bagdazar, étudiant une statistique de 1.500 tumeurs opérées par le Professeur Harvey Cushing, trouve seulement 8 cas de gommes vérifiées histologiquement, donc une proportion de 0,5 %. La fréquence des gommes est tout à fait minime par rapport aux tumeurs. Elle est, dit-il, en diminution nette actuellement aux U.S.A., peut-être sous l'action des médicaments énergiques que nous possédons actuellement. C'est aussi l'avis du Docteur Clovis Vincent : « Autrefois, les gommes du cerveau étaient plus fréquentes. Quand on regarde les livres des anciens auteurs, on voit représentées des gommes du cerveau, des gommes de la moelle. Maintenant, elles sont exceptionnelles. » MM. Wertheimer et Dechaume ont exposé les mêmes idées.

On est en présence d'un syndrome banal d'hypertension intra-cranienne : maux de tête et vomissements, œdème papillaire à peu près constant, chez 6 malades sur 8 étudiés par Bagdazar, les symptômes en foyer sont variables suivant la localisation. L'évolution est variable, quelquefois très lente et quelquefois très rapide. En somme, c'est le tableau clinique d'une tumeur cérébrale. Peu de signes particuliers peuvent faire penser à la gomme. Le signe d'Argyll-Robertson est loin d'être fréquent, et c'est normal puisqu'il répond à une méningite syphilitique de la base qui peut manquer.

La réaction de Wassermann est loin d'être constante dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Sur cinq malades de Bagdazar, le Wassermann dans le sang est positif dans deux cas, négatif dans trois. Dans deux liquides céphalo-rachidiens étudiés, il est positif dans un cas, négatif dans le second. En somme, on ne peut rien conclure, d'autant plus que Clovis Vincent a depuis longtemps montré que le Wassermann pouvait être positif chez les porteurs de tumeur cérébrale en dehors de toute spécificité. L'épreuve du traitement est un guide trompeur. On trouve dans la littérature médicale de nombreuses observations de tumeurs cérébrales améliorées par le traitement spécifique. C'est bien souvent seulement à l'intervention que le caractère physique de la tumeur fait penser à une gomme, où les lésions intéressant à la fois l'os, les méninges et le cerveau, forment un ensemble difficile à dissocier.

L'examen microscopique est cependant souvent nécessaire, bien que la recherche du Tréponème ait toujours été négative dans la statistique qui nous occupe. Donc, les gommes peuvent réaliser dans certains cas exceptionnels un syndrome d'hypertension intra-cranienne d'ordre syphilitique; c'est de diagnostic toujours très délicat.

Dans certains cas, les lésions qui réalisent le syndrome d'hypertension intra-cranienne sont beaucoup moins caractéristiques. Il s'agit en particulier, comme on l'a montré récemment, de ramollissements cérébraux qui s'accompagnent de signes d'hypertension intra-cranienne. Alajouanine et Thurel, à la réunion neurologique internationale de 1936, ont rapporté des observations très intéressantes de ramollissements cérébraux confondus avec des néoplasmes. Becq, dans sa thèse toute récente, montre comment le syndrome d'hypertension crânienne, au cours de thromboses et artérites cérébrales, est loin d'être exceptionnel. L'artérite syphilitique est tout à fait susceptible de réaliser ce syndrome comme l'artérite banale athéromateuse, amenant une hypertension crânienne qui est bien d'origine syphilitique. Riser et Planques, entre trois observations de ramollissements pseudo-tumoraux de l'encéphale, rapportent un cas très caractéristique où la syphilis semble bien à l'origine des accidents :

Ch..., homme de 42 ans, en 1936 se plaint depuis Février 1932 de céphalées progressives pénibles avec quelques vomis-

sements, obnubilation, trois crises jacksonniennes crurales droites sans perte de connaissance. Aucun signe d'accompagnement, sauf une stase papillaire bilatérale très nette avec V.O. D. — G. = 8/10 après correction. Quelques hémorragies péripapillaires et des traces d'albumine.

Le diagnostic de tumeur cérébrale évidente est porté par des maîtres très compétents et une intervention fut décidée en mai 1932, à la suite d'une parésie du bras droit ayant duré plus de 24 heures. Elle est retardée par une légère augmentation de l'albuminurie. Tension artérielle 18-10 et l'aveu d'une syphilis contractée en 1926.

L'examen du liquide céphalo-rachidien en Mars 1932 avait montré une hypertension indiscutable : 28 en position couchée et 56 en position assise ; albumine 0,40 ; 15 lymphocytes ; BW ++ ; benjoin 0111 NaCl : 7 gr. 72, Urée : 0 gr. 58.

La soustraction du liquide soulage le malade à un point tel qu'une seconde ponction est pratiquée dix jours après. La pression a beaucoup diminué 20 et 42.

Le diagnostic de tumeur est alors corrigé : tous les phénomènes rénaux, oculaires et encéphaliques sont rapportés à la syphilis et on institue un traitement spécifique intensif par le cyanure de Hg et le Bivatol. Le régime hypoazoté est mis en œuvre.

En Juin 1932 le malade a reçu 25 ctgr de cyanure en deux séries et 18 ampoules de Bivatol. Il y a toujours un peu d'albuminurie sans cylindre ni pus. Azotémie 0 gr. 42 ; K = 0,11 ; FSP 40 % tension artérielle 17,9, pas d'œdèmes.

Au point de vue oculaire, amélioration minime. VODG = 8/10 après correction. OEdème net mais sans hémorragie, sans placards. Les céphalées ont à peu près disparu. Il n'y a pas eu de nouvelles crises comitiales.

Deux autres séries de cyanure en fin d'année 1932 et février 1933, celle-ci suivie d'un second examen du liquide céphalorachidien. Pression 20 et 44 — Albumine 0 gr.40 — 2 lymphocytes, BW et Benjoin négatifs.

En Mars 1933 après une année de traitement très ferme, alors que l'amélioration paraissait progressive, survient une

reprise de tous les accidents : trois crises jacksoniennes du même côté en huit jours avec parésie résiduelle de plusieurs heures après la première, de plusieurs jours après la troisième, légère dysarthrie, obnubilation ; augmentation des phénomènes oculaires, de l'œdème très débordant, nouvelles hémorragies, tension artérielle rétinienne 60-110. Le liquide céphalo-rachidien n'est pas plus hypertendu : 20-44. Tension artérielle 18-10 ; K = 0,11 — Azotémie 0,50 (régime hypo-azoté modéré).

Pendant tout le mois d'Avril et de Mai, l'obnubilation et la parésie du côté droit, les céphalées persistent. De nouveau est envisagée l'hypothèse d'une tumeur cérébrale peut-être gommeuse mais résistant au traitement spécifique.

Un examen oculaire du Pr Villard attire l'attention sur deux petits points d'artérite à quelques centimètres de la papille, gros œdème rosé, O. D. artères grêles. Diminution concentrique banale du champ visuel. Tension artérielle rétinienne forte. Le malade prend 60 gr. d'iodure en 15 jours sans résultat.

Vers le 20 Mai 1933, l'obnubilation et la parésie augmentent et le 23 mai l'hémiplégie est complète, avec dysarthrie très prononcée sans perte du langage intérieur ; les céphalées augmentent, l'exploration rachidienne montre une poussée importante d'hypertension, en position couchée 38, en position assise 75. Albumine 0 gr. 40, 150 polynucléaires et 30 Lymphos, pas d'hématies, pas d'hyposystolie. Tension veineuse 10 — T A = 18 — 10.

La soustraction de liquide céphalo-rachidien ayant soulagé le malade, deux autres ponctions sont pratiquées à huit jours d'intervalle ; chaque fois on constate une baisse de la pression rachidienne : 30 et 65 — 25 et 55.

En Juillet 1933 la situation paraît stabilisée : l'hémiplégie demeure avec hémianopsie et troubles de la sensibilité. Le liquide céphalo-rachidien est normal, sa pression est à peine élevée : 22 — 40. Mais les signes oculaires persistent : œdème net, petits points d'artérite, très limités d'ailleurs. Deux autres traitements spécifiques n'amènent aucune amélioration.

Le 17 Novembre 1934 le malade tombe brusquement dans le coma et succombe en quelques heures. Il a été possible de prélever le cerveau. Il existait à gauche le classique ramollissement sylvien avec atrophie et dégénérescence des circonvolutions et une rupture récente au niveau du thalamus à droite avec inondation penticulaire. Nulle part trace de tumeur ; artériosclérose et artérite syphilitique très peu infiltrée.

C'est tout au début que cette observation est instructive, alors que différents facteurs d'hypertension intra-cranienne ne se sont pas encore mêlés. Déjà à ce moment, on trouve de la stase papillaire. Il existe évidemment une réaction méningée indiscutable, mais le ramollissement trouvé à l'autopsie et dû à de l'artérite syphilitique n'est certainement pas étranger aux accidents. Il en est de même dans la première observation rapportée par cet auteur.

C'est l'histoire d'un homme de 64 ans qui, après une légère parésie droite, présente un ictus avec hémiplegie totale, aphasie de Broca. L'examen oculaire montre une stase papillaire bilatérale, pas la moindre tache de rétinite Brigtique. Le liquide céphalo-rachidien présente une tention de 50 au Claude. Albumine 1 gr. 2 — lymphocytes et corps granuleux bourrés de pigment. B.W. et Benjoin négatif. La mort est survenue au bout de cinq semaines.

Chez cet homme, l'hypertension cranienne ne peut être attribuée qu'à un facteur local, la lésion

cérébrale. Il n'y a pas de toxémie générale, pas de rétention de NaCl, pas de stase veineuse.

Si l'artérite athéromateuse peut réaliser si nettement ce syndrome d'hypertension intra-cranienne, il n'y a pas de raison que l'artérite syphilitique ne puisse le faire. C'est certainement en grande partie la cause des accidents que nous rapportons dans la première observation de Riser.

Enfin, la syphilis peut réaliser un syndrome à peu près pur d'hypertension intra-cranienne sans aucune lésion macroscopique cérébrale. L'hypertension du liquide céphalo-rachidien est à peu près seule réalisant une véritable « méningite séreuse ».

Depuis que Quincke, en 1893, introduisit en Pathologie le terme de méningite séreuse, et que Nonne décrivit ses pseudo-tumeurs cérébrales, on a cherché de multiples étiologies à cette hypertension en apparence essentielle du liquide céphalo-rachidien. On a signalé des méningites séreuses à la suite d'infections ou d'intoxications très diverses, au cours de l'hypertension artérielle, à la suite de traumatismes, l'importance des affections de l'oreille est bien connue actuellement. Le rôle de la tuberculose n'est sans doute pas négligeable, mais il est beaucoup plus difficile d'en faire la preuve. Enfin, parmi les différentes affections susceptibles de réaliser une méningite séreuse, la syphilis doit occuper une place importante. Cependant, elle est souvent difficile à mettre en évidence. Il s'agit de méningite séreuse à symptômes banaux survenant chez un

sujet dont les antécédents ne sont pas toujours apparemment entachés de spécificité. Seuls, l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'action du traitement permettront d'affirmer la nature syphilitique de l'affection.

La Pression mesurée en Claude en position couchée est toujours élevée, depuis l'hypertension limite autour de 30 jusqu'aux fortes hypertensions autour de 100. L'analyse chimique montre d'ordinaire de l'hyperalbuminose avec glycorachie non modifiée. Dans la règle, la lymphocytose manque. Il ya une véritable dissociation albumino-cytologique. Cependant, dans quelques cas, surtout au début, on peut trouver une lymphocytose modérée. Le Wassermann devra être positif dans le liquide céphalo-rachidien. Certains auteurs parlent de l'origine syphilitique probable d'une méningite séreuse en se basant uniquement sur l'action du traitement. Le fait est que, dans de nombreuses méningites séreuse, l'action du traitement antisypilitique, associé ou non à des ponctions lombaires, amène souvent la disparition de la stase papillaire et une guérison durable. En 1934, Safanowosky, de Buenos-Aires, rapporte 9 cas d'œdème papillaire dans lesquels le traitement mercuriel fut entrepris et amena une amélioration telle que les indications opératoires furent rejetées. Terrien, dans une étude sur la valeur sémiologique de la stase papillaire dans les méningites séreuses, décrit deux cas très

intéressants où le traitement antisypilitique amena une rapide rétrocession des phénomènes :

Observation I. — OEdème des deux papilles avec intégrité de l'acuité visuelle et des champs visuels chez une jeune fille de 19 ans entrée à l'hôpital pour des céphalées très vives, continues, résistant à tous les analgésiques, avec crises paroxystiques provoquées par le bruit, les mouvements, la lumière vive et l'examen clinique.

Tout le reste de l'examen neurologique demeurait à peu près négatif mais la ponction lombaire révélait une tension élevée : 85 cm au manomètre de Claude sur la malade couchée, sans altérations cytologiques.

Malgré l'absence de réactions sérologiques et de tout antécédent spécifique, le traitement mercuriel et bismuthé, associé à des ponctions lombaires prudentes, amena la disparition de la stase papillaire et la guérison se maintenait lorsque la malade fut revue deux ans plus tard.

Observation VI. — Femme de 32 ans, multipare suivie par le Dr Gaulfier qui, au début de sa 3^e grossesse, présente un syndrome très net d'hypertension intracrânienne : céphalées intenses, stase papillaire bilatérale de moyenne intensité sans hémorragies, avec diminution considérable de l'acuité visuelle.

A son entrée dans le service du Pr Terrien, 6 semaines après le début des troubles visuels, la malade était incapable de lire.

Hypertension céphalo-rachidienne de 55 cm. au manomètre de Claude.

Urines : ni sucre, ni Albumine — Urée sanguine 0,20.

La réaction de Bordet-Wassermann s'étant montrée positive, un traitement fut institué et très vite, les troubles vi-

suels avec les céphalées disparurent, tandis que la malade accouchait prématurément d'un enfant vivant qui mourut peu après la naissance.

Le placenta était normal.

Dans tous ces cas, la syphilis n'est pas certainement en cause (nous verrons comment le traitement mercuriel peut agir sur la rétention séreuse). Elle est possible. Mais voyons comment elle est susceptible de produire ainsi une hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien. Il est probable qu'il existe des lésions syphilitiques des plexus choroïdes, ou des troubles de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien. Une observation de MM. David, Berdet, Guillaumat et Askenasy est très intéressante à ce sujet. En voici l'essentiel :

Il s'agit d'une femme de 34 ans présentant tous les signes d'hypertension intra-cranienne : céphalées, vomissements, vertiges, stase papillaire bilatérale. Aucun signe de localisation. Une ponction lombaire donne les renseignements suivants : Tension au Claude 45 tombant à 30 après soustraction de 30 cc. de liquide; Albumine 0,75; 115 éléments par mmc.

Bordet-Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Malgré un traitement antisyphilitique énergique, la stase papillaire continue à augmenter. Une ventriculographie montre une grosse dilatation symétrique des deux ventricules latéraux sans défor-

mation ni déviation. Le ventricule moyen dilaté est en place, ses contours sont normaux; l'Aqueduc de Sylvius est visible dans sa partie supérieure. Le IV^e ventricule n'est pas visible.

A l'intervention, pratiquée le 3 Octobre 1936, on trouve deux ordres de lésions : une *Arachnoïdite kystique et gommeuse* de la Grande citerne et, ce qui nous intéresse surtout, une *sténose du IV^e ventricule* par épendymo-choroïdite.

L'exploration de l'orifice inférieur du IV^e ventricule après l'effondrement du kyste montra que cet orifice était obstrué par des adhérences amygdalo-amygdaliennes et amygdalo-vermiennes. Mais on constata surtout que les travées fibrineuses étaient particulièrement développées au voisinage des vaisseaux entre lesquels elles s'élançaient à la manière de lianes. La sténose n'était pas localisée uniquement à l'orifice inférieur du IV^e ventricule, mais gagnait la cavité ventriculaire elle-même. Les plexus choroïdes turgescents et enflammés lançaient vers les parois du ventricule des travées inflammatoires complétant l'obstruction. Le cervelet n'était pas épargné : il était oedémateux et d'aspect nettement inflammatoire. Et les auteurs concluent en ces termes : « La stase papillaire est liée ici bien davantage à des phénomènes mécaniques (dilatation ventriculaire, gêne de la circulation de retour) qu'à un processus inflammatoire de nature syphilitique touchant directement^e les nerfs optiques et leurs gaines. »

Ce sont ces lésions inflammatoires syphilitiques des plexus choroïdes qui ont vraisemblablement, avec les troubles de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien, été les plus grands facteurs de l'hypertension intra-cranienne trouvée chez cette malade. Ce sont sans doute des lésions analogues qui sont à l'origine des méningites séreuses d'origine syphilitique.

La syphilis intervient donc de multiples façons pour réaliser un syndrome d'hypertension intra-cranienne. Si l'on élimine les méningites aiguës et les méningo-encéphalites chroniques syphilitiques qui peuvent s'accompagner d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, il demeure de rares observations où la syphilis est en cause. Les gommès d'abord interviennent dans la proportion de 0,5 à 1 % des tumeurs cérébrales. On peut trouver quelquefois des ramollissements s'accompagnant d'hypertension comme on l'a décrit récemment. Enfin, il faut parfois invoquer des lésions syphilitiques des plexus choroïdes ou des troubles de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien.

CHAPITRE II

LES CAUSES D'ERREUR DANS LE DIAGNOSTIC D'HYPERTENSION INTRA-CRANIENNE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Qu'on le veuille ou non, et malgré les travaux des neuro-chirurgiens actuels, en présence d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne, on pensera toujours d'abord à éliminer la syphilis. Evidemment, on aura à l'esprit le mot de Clovis Vincent pour qui « la syphilis est rarement à l'origine d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne ». On cherchera tout de même si, dans les antécédents du malade, on ne trouve pas de signes de syphilis, on pratiquera sur son sérum sanguin et son liquide céphalo-rachidien la réaction de Wassermann, souvent, on pratiquera encore un Traitement d'Epreuve. Et malheureusement, tous ces éléments de diagnostics, qui paraissent au premier abord les plus sûrs, peuvent être aussi des causes d'erreur manifestes.

On s'efforcera toujours de scruter les antécédents de ces malades. Dans certains cas, bien rarement, on se trouvera en présence d'une syphilis

avouée. Le plus souvent, il faudra se contenter d'approximations. Les fausses couches chez la femme, une éruption suspecte, un traitement pratiqué quelques années auparavant par un médecin averti... Une observation de Cantonnet est caractéristique à cet égard :

Il s'agit d'une femme de 50 ans dont le premier mari était mort tabétique six ans auparavant. Aucune manifestation syphilitique connue. Début, des céphalées minimales, puis tenaces arrivant un an environ après, à être telles, que cette femme demandait à son entourage de la surveiller pour l'empêcher de se suicider. Elle avait quelques troubles visuels sans diplopie et son médecin général qui intitulait cela anémie cérébrale s'était opposé à ce qu'elle se fit examiner les yeux.

Examen oculaire trois mois après le début des céphalées, stase marquée des papilles qui n'ont subi aucun commencement d'atrophie ; l'acuité est de 10/10 à gauche et de 7/10 à droite ; il y a des douleurs sans parésie dans le bras droit.

Traitement par des injections de cyanure. La réaction de Bordet-Wassermann ne fut pas faite. C'était en février 1911. Malgré les obnubilations de la vue, cette femme refuse la Craniectomie.

En Janvier 1912 elle s'y décide. Craniectomie à droite par de Martel. L'œil droit n'avait plus aucune perception de la lumière. Le gauche n'avait plus que 2/10 avec un champ externe affleurant le point de fixation par agrandissement considérable de la tache de Mariotte.

8 jours après : acuité O. G. : 6/10.

14 jours après : 7/10 et champ à 35° en dehors.

Un traitement interne est fait par injections qui ont un très rapide effet. En Janvier 1913, aucun phénomène patho-

logique du côté du crâne. Œil droit perdu, œil gauche, acuité 10/10.

Les papilles conservent l'aspect caractéristique des anciennes stases, la papille gauche paraissant à peu près aussi pâle que la droite.

Faut-il incriminer la syphilis ? On n'a comme soupçon que la maladie de son premier mari. Evidemment, il y a l'action du traitement; nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser. La syphilis est possible, mais on manque d'éléments pour l'affirmer nettement. Dans les deux autres observations rapportées par le même auteur, la syphilis est avouée par le malade, mais il faut encore montrer que les accidents nerveux dont souffre le patient sont bien sous sa dépendance. Par ailleurs, la coexistence d'autres accidents notamment spécifiques, comme une aortite, n'est évidemment pas plus probante, les lésions pourront tout au plus guider le diagnostic mais bien souvent aussi l'égarer.

Beaucoup d'auteurs invoquent l'action du traitement. Dans les observations des anciens auteurs où les réactions biologiques ne sont pas mentionnées, on se base surtout sur cette donnée. Si un traitement aussi électif que le traitement antisypilitique amène la guérison, il est bien probable que la syphilis en est cause. C'est l'argument que prennent beaucoup d'auteurs pour parler de méningite séreuse syphilitique. Rollet et Paufigue rapportent en particulier à la Société d'Ophthalmologie de Lyon

au 10 décembre 1929 un cas typique à cet égard. Ils donnent une communication sur un cas « d'œdème papillaire par méningite séreuse syphilitique » :

Femme de 50 ans envoyée en consultation à la clinique ophtalmologique par M. le Professeur Favre. Elle était en observation dans son service pour céphalées s'accompagnant de diplopie, de vomissements et de malaise général.

L'affection avait débuté assez brusquement le 15 février 1929 par des frissons violents, des sueurs abondantes, des douleurs diffuses, mal caractérisées, sans température. Un traitement banal fut institué mais la situation alla en s'aggravant progressivement. Au début de Mars 1929 apparurent des vomissements et des vertiges avec quelques troubles gastro-intestinaux. Le médecin traitant pensa à une appendicite et la malade fut mise en observation pendant quelques jours dans un service de chirurgie. Elle entra alors dans le service du Professeur Favre.

Dans les antécédents on ne trouve pas de fait notable au point de vue de la syphilis : la malade est mariée, son mari et son enfant sont en bonne santé. Elle a eu autrefois une arthrite du genou gauche sur la nature de laquelle on n'a pas de renseignements.

L'histoire clinique de la maladie, les céphalées, la diplopie, la constatation d'une abolition des réflexes achilléens firent penser d'emblée à des accidents de nature syphilitique. La réaction de Wassermann est *légèrement positive dans le sang*.

Dans les urines : ni sucre, ni albumine.

La tension artérielle est normale : 11/7.

Examen ophtalmologique pratiqué à deux reprises, le 25 Mars et le 11 Avril, montra des signes très intéressants : O. D. G. V = 1/2.

Sensibilité cornéenne normale. Réflexes cornéens nor-

maux. Parésie du sixième droit. L'étude du champ visuel montre un rétrécissement concentrique des deux champs, sans troubles de la vision centrale, sans dyschromatopsie.

Tension des artères rétiniennes 55 m/m Hg au lieu de 35 m/m.

OEdème papillaire bi-latéral avec quelques hémorragies.

La ponction lombaire pratiquée à la suite montra :

Tension 40 à 45 (le manomètre perdait).

Albumine 0,28/00.

Cytologie : moins de 1 lymphocyte par champ.

A la suite de la ponction lombaire, les céphalées furent nettement améliorées. La malade fut soumise à un traitement spécifique intense et très rapidement tous les signes accusés par la malade disparurent, en même temps que l'état général s'améliorait parallèlement.

Revue le 12 juin 1929, la malade est en parfaite santé, la diplopie a complètement disparu. L'examen du fond d'œil montre des papilles normales. La tension artérielle rétinienne est revenue à la normale.

Comme les auteurs le disent, l'intérêt de l'observation réside surtout dans la rapidité d'action du traitement spécifique. Il est à peu près certain que l'hypertension intra-cranienne observée était ici d'origine syphilitique. Pourtant, le traitement antisiphilitique n'est pas si électif qu'on voudrait le croire. Les sels mercuriels en particulier ont un rôle très net sur le métabolisme de l'eau. Notre maître, le Professeur Dereux, dans un article paru dans la *Gazette de France*, insistait justement sur les méfaits du traitement antisiphilitique dans la théra-

peutique des maladies nerveuses. Dans les Tumeurs cérébrales, les sels de mercure qui sont diurétiques peuvent diminuer l'hypertension intra-cranienne, par suite de modification du liquide céphalo-rachidien. Ils amènent très souvent au cours de l'évolution des tumeurs une amélioration trompeuse, agissant au même titre que l'injection intraveineuse de sérum hypertonique ou la ponction lombaire évacuatrice. Terrien rapporte deux observations d'apendymite séreuse avec syndrome d'hypertension intra-cranienne banal, stase papillaire peu marquée. Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu à 85 et 45 au lieu de 20 en position couchée. Dans les deux cas, le traitement antisiphilitique fit merveille, bien que toutes les réactions fussent négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. « Faut-il conclure, dit-il, à une syphilis latente ? Nous ne le croyons pas, car le mercure et les arsénicaux peuvent avoir une action thérapeutique sur nombre d'autres germes que le Tréponème et c'est peut-être là l'explication de l'amélioration observée chez nos malades. »

Que le traitement antisiphilitique agisse de cette façon ou tout simplement en diminuant mécaniquement l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, une conclusion s'impose : on ne peut s'appuyer sur l'action du traitement pour conclure à l'origine syphilitique d'une hypertension. Evidemment, pour affirmer l'origine spécifique d'un syn-

drome, il faudra la preuve thérapeutique, mais la réciproque n'est pas toujours vraie.

Ce que tout médecin recherche systématiquement, ce sont les réactions biologiques et en particulier le Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Dans l'observation de Rollet et Paufigue que nous rapportons plus haut, c'est sur la foi d'une réaction de Wassermann légèrement positive dans le sang que fut entrepris le traitement spécifique.

C'est toujours par cet examen simple que l'on commencera, mais cette réaction qui nous indique que le sujet est syphilitique ne conclut pas nécessairement que les accidents nerveux dont il se plaint sont sous la dépendance de cette infection. Elle peut faire soupçonner l'origine syphilitique du syndrome au même titre qu'une syphilis avouée, elle ne peut suffire pour déterminer l'étiologie certaine d'un syndrome d'hypertension.

Puisqu'il s'agit de Pathologie nerveuse, c'est dans le liquide céphalo-rachidien qu'il faut rechercher le Wassermann. Il peut n'être pas positif dans une syphilis cérébrale; s'il est positif, il indique toujours l'action du Tréponème sur les centres nerveux, c'est pourquoi nous étudierons plus spécialement cette question du Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Elle est primordiale. On a voulu, en effet, diminuer la valeur de cette réaction et on a publié des cas tout à fait démonstratifs où le Wassermann était positif alors que la syphilis n'était

pas en jeu. Et tout récemment, pour accroître notre incertitude, MM. J. de Buscher et Schérer ont montré que syphilis cérébrale et tumeur peuvent très bien coexister.

En 1922, Clovis Vincent rapportait les observations de trois sujets indemnes de syphilis, atteints, l'un d'un gliome du nerf acoustique, l'autre d'un sarcome de la 2^e frontale gauche, le dernier d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, dont les liquides céphalo-rachidiens présentaient cependant un Bordet-Wassermann positif. Chez l'un, la réaction était intense, chez un autre elle était assez discrète pour disparaître après chauffage à 56°. Ces liquides avaient la propriété d'être jaunes et parfois fibrineux. Deux d'entre eux étaient hyper-albumineux, mais aucun n'était anormalement riche en lymphocytes en fait d'éléments cellulaires, un seul renfermait des éléments anormaux, mais c'étaient quelques cellules sarcomateuses.

A peu près au même moment, Léo Newmark publiait deux observations analogues. Dans l'une, il s'agissait d'un gliosarcome du cerveau ayant déterminé une paraplégie, dans l'autre d'une tumeur extra-médullaire. Ici et là, la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann pouvait être décelée dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Depuis lors, d'autres observations cliniques ont été rapportées; Foix, en 1923, les mentionne dans son rapport sur les compressions médullaires. Babonneix et Chabrol ont publié l'observation d'un

malade atteint d'un gliome, dont le liquide céphalo-rachidien, un peu plus riche en albumine que la normale, présentait une réaction de Bordet-Wassermann positive (la présence de sang dans le liquide rendit impossible la numération globulaire).

L'observation de MM. C.-I. Uréchia et S. Mihalescu vers le même temps a trait à un malade atteint de tumeur méningée dans la région temporale droite. Le liquide céphalo-rachidien ne présentait pas de Lymphocytose, mais la réaction de Bordet-Wassermann y était positive. Et MM. Mathieu-Pierre Weill et R. Weissmann-Netter rapportent le cas d'une malade atteinte d'un cancer des méninges, secondaire à un cancer du sein. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le liquide céphalo-rachidien dont les caractères biologiques sont par ailleurs : Albumine 0 gr. 20; Cytologie : 1 lymphocyte par millimètre cube. Dans une autre observation ils présentent un Psammome de la moelle cervicale avec hyperalbuminose 0 gr.56, lymphocytose (18 éléments par mm³), la réaction de Bordet-Wassermann est également positive dans le liquide céphalo-rachidien, et ceci également en dehors de toute spécificité.

Dans un article plus récent, Clovis Vincent reprend les conclusions de son article de 1912. Il rapporte quatre observations où il est impossible de mettre en évidence la syphilis par les procédés cliniques, sur la table d'autopsie, par la réaction de

Wassermann elle-même pratiquée sur le sang. Mais pour lui, le liquide céphalo-rachidien qui fixe le complément en présence de l'antigène spécifique a des caractères particuliers. Il est coloré en jaune, il est très fortement albumineux, il est souvent coagulable, soit spontanément, soit après addition de quelques gouttes d'un sérum normal frais, il est pauvre en éléments cellulaires. Nous avons vu qu'il n'en était pas toujours de même dans les autres observations où l'albumine est parfois à peu près normale dans le liquide céphalo-rachidien. N'importe, ces différents auteurs en concluent qu'on ne saurait se fier à la positivité d'une réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien pour affirmer l'origine syphilitique d'une hypertension intra-crânienne : c'est ce qu'il nous importait de montrer.

Cependant, tout récemment, M. Desneux, dans un article paru en Décembre 1935 dans le Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie, battait en brèche cette opinion. Il s'élève contre l'opinion de Sézary et Terrasse qui, en Janvier 1935, admettent comme incontestable « le fait que chez des malades atteints de tumeurs cérébrales ou médullaires et indemnes de syphilis, on peut trouver dans le liquide céphalo-rachidien une réaction de Wassermann positive ». Pour lui, il est convaincu de l'inexistence de ces réactions dites positives dans le liquide céphalo-rachidien des tumeurs cérébrales et en 1927 il prenait déjà nettement position à cet égard « A condition de s'entendre sur la technique à suivre, la

réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien ne se rencontre sous nos climats pratiquement que chez les syphilitiques ». Il décrit ensuite sa technique brièvement.

Parmi les divers éléments qui interviennent dans la réaction, il en est un, l'antigène, dont le mode de préparation peut varier considérablement d'un laboratoire à l'autre : il existe des extraits aqueux, alcooliques, éthérés, acétoniques... de cœurs, de foie, etc., de mammifères divers. La qualité de l'antigène a dans la réaction une importance capitale et le fait soumettre dans tout laboratoire à un contrôle rigoureux. Mais en dépit de ce contrôle on peut rarement, à la vérité, observer avec d'excellents antigènes une fixation non spécifique en présence de sérum humain normal, fixation qui se trouve heureusement abolie si ce sérum a été préalablement chauffé pendant quelques minutes à 56°.

Noguchi, qui a spécialement attiré l'attention sur ces phénomènes, attribue ces fixations non spécifiques à l'intervention des protéines que renferment les antigènes aqueux, alcooliques ou éthérés, à côté des Lipoïdes qui seuls ont le rôle fixateur du complément en présence du sérum syphilitique. De toutes façons, le chauffage à 56° du sérum en expérience met à l'abri de cette cause d'erreur. Il est en principe pratiqué dans le but exclusif de le débarrasser de son complément propre, en d'autres termes, d'inactiver le sérum. Le liquide céphalo-rachi-

dien ne renfermant pas de complément, il est classique dans la réaction de Wassermann de ne pas le soumettre au chauffage préalable à 56°.

D'après Noguchi encore, un antigène constitué exclusivement de lipoïdes insolubles dans l'acétone ne donne, en aucun cas, de fixation non spécifique du complément (que le sérum soit ou non chauffé). Cet antigène est d'un emploi très répandu aux Etats-Unis. Peut-être est-ce à son usage qu'il faut attribuer le fait que les auteurs américains ne parlent guère de ces réactions de Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien, en dehors de la syphilis. Un récent travail de Spurling-Maddock est décisif à cet égard. Etudiant le liquide céphalo-rachidien d'un nombre imposant de cas de la clinique de Cushing, il formule entre autres les conclusions suivantes : « La réaction de Wassermann est régulièrement négative dans le liquide spinal des tumeurs de la moelle et dans les liquides spinal et ventriculaire des tumeurs cérébrales ». Un article de Rizzo, paru en 1924 dans la revue italienne *Il Cervello*, expose, avec plusieurs observations à l'appui, exactement le même point de vue.

En somme, pour Desneux, c'est une question de technique qui est la source principale du malentendu. Ces fixations non spécifiques semblent ne jamais se produire en présence des antigènes lipoïdiques, mais on les évite bien plus sûrement encore par chauffage préalable du liquide à 56°. En pra-

tique, il faudra toujours demander au laboratoire, dans les cas où l'on soupçonne la syphilis cérébrale, de réaliser ce chauffage à 56° du liquide céphalo-rachidien. Cette méthode simple permettra certainement d'éviter de grosses erreurs, et surtout évitera aux malades porteurs d'une tumeur cérébrale les méfaits d'un traitement spécifique.

Une éventualité à laquelle il faut aussi penser et sur laquelle insistent MM. J. de Busscher et H.-S. Schérer, c'est à la coexistence de syphilis et de tumeur cérébrale. La plupart des auteurs, en effet, discutent sur la valeur d'une réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien; ils ne signalent peut-être pas assez clairement que les deux affections peuvent se rencontrer ensemble. MM. de Busscher et Schérer rapportent une observation très intéressante avec vérification anatomique très complète où on trouve à la fois gliome et syphilis cérébrale.

Il s'agit d'un officier pensionné de 54 ans, entré en clinique le 22 octobre 1932 et dans les antécédents familiaux duquel on ne relève rien de bien saillant, si ce n'est l'existence de « crises nerveuses » chez une sœur âgée de 38 ans. Les antécédents personnels du malade se réduisent à une bronchite contractée à l'âge de 15 ans.

A son entrée en clinique le patient est dans un état si grave que l'anamnèse doit être établie avec l'aide de sa femme, seule source de renseignements accessible, le médecin traitant (ami de la maison) ayant paru ignorer le tableau clinique grave auquel il assistait.

Quatre ans auparavant, le malade s'était plaint de dysurie, de tendances à l'assoupissement et de sensations subjectives de froid intense dans les mollets. Un peu après cette période initiale apparut une parésie faciale droite dont le patient ne se soucia guère et qui rétrocéda d'ailleurs spontanément après une quinzaine de jours.

Quatre ou cinq mois seulement avant son hospitalisation apparurent des symptômes d'un autre ordre : désorientation, bizarreries, troubles du comportement, réflexions insolites dont la relation fait aussitôt penser à la moria ; et sept semaines avant notre examen, s'était installée insidieusement une aphasie nominale bientôt compliquée d'alexie.

Trois semaines avant la date qui nous occupe s'était constituée par une hémiparésie droite graduelle, compliquée de dysarthrie puis de jargonaphasie. Pour la première fois, le malade avait paru se rendre compte de la gravité de son état et en éprouver une profonde angoisse, manifestant la crainte de la mort. Depuis cinq jours enfin, mutisme complet et hémiplégie droite.

On se trouve en présence d'un homme obèse, aux tissus flasques, au teint cyanosé. Température 37°5, pouls 110 à la minute. Tension artérielle 17 — 11,5 au Vaquez. Respiration assez lente, superficielle ; ronflements fréquents. Etat saburral avancé. Quelques râles fins de stase aux deux bases. Cœur satisfaisant. Constipation opiniâtre depuis une semaine.

Examen Neurologique. — L'anisocorie attire immédiatement l'attention : la pupille est dilatée ; toutes deux sont fixes.

Papille de stase bilatérale, plus prononcée à gauche. Veines rétinienne très engagées, tortueuses.

Le facial inférieur et les membres droits sont parésés avec exagération très modérée des réflexes et Babinski ébauché à droite, sans clonus.

Les réflexes cornéens sont normaux. Les abdominaux et crémastériens ne sont pas obtenus (abdomen flasque et obèse).

Il n'y a pas de trouble sensitif évident. Urine parfois au lit.

L'aphasie motrice est complète, ne laissant plus au patient que l'usage de quelques jurons et interjections.

Examens de laboratoire. — Urines : traces d'albumine, pas de glucose, pas de sang, quelques globules de pus.

Sang. — Urée 1 gr. 19 0/00 (chiffre probablement en rapport avec l'état général grave) Bordet-Wassermann ++++

Ponction lombaire. — (28 octobre 1932) entre L3 et L4. Pression initiale : 42 au Claude en position couchée. Après soustraction de 5 cc : 35 ; de 10 cc : 22 ; de 15 cc : 15. Liquide clair mais pas eau de roche. Le 1^{er} tube 5 cc. présente même une teinte xanthochromique très légère.

Cytologie. — 4 lymphos par mm³.

Réaction à l'alcool à 95° : ++

Au sulfate d'ammonium saturé (Nonne) +.

Protéines (Sicard) : 1 gr. au litre.

Chlorures : 7 gr. 35 au litre.

Sucre : 0 gr. 79 au litre.

Bordet-Wassermann ++++

Nous n'avons pas obtenu malheureusement la réaction du Benjoin du laboratoire consulté.

DONC : hyperalbuminose et augmentation des globulines sans réaction cellulaire.

EVOLUTION. — La température oscille entre 37°2 et 38°5 avec pouls concordant mais médiocre. L'état général ne permet pas de tenter une intervention chirurgicale. Les mesures énergiques destinées à combattre l'asphyxie échouent ; le cheyne-stocks s'installe et le 27 à 7 h. du matin le patient succombe.

AUTOPSIE. — On ne voit pas affleurer de tumeur à la surface de l'encéphale, mais sur les coupes frontales on voit par contre une grande masse blastomateuse dans les zones médianes du lobe temporo-occipital gauche.

Histologiquement, les auteurs insistent sur le polymorphisme cellulaire et structural de ce gliome. Mais surtout, l'étude histologique de l'ensemble du cerveau met en évidence les lésions typiques d'une méningo-encéphalite chro-

nique et la formule lympho-plasmocytaire des infiltrations méningées avec leur localisation (surtout à la base), de même que les lésions des vaisseaux bulbaires et méningés, permettant d'affirmer la nature syphilitique de la maladie.

En résumé, l'étude anatomique fouillée de ce cerveau a démontré la coexistence d'une syphilis nerveuse (méningite syphilitique) et d'une tumeur. Si cette association est rare, ce n'est donc pas une vue de l'esprit. En présence d'un Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, il ne faut pas *a priori* invoquer la faillite de cette réaction si l'on découvre ensuite l'existence d'une tumeur. Et, d'autre part, l'existence possible de ces cas rendra encore plus difficile le diagnostic de l'origine syphilitique d'une Hypertension Intra-Cranienne.

Le diagnostic d'une hypertension intra-cranienne syphilitique paraît donc bien difficile. La plupart des éléments de diagnostic, apparemment les meilleurs, peuvent faire faillite. Les antécédents syphilitiques, même une maladie avouée, ne sont pas une preuve suffisante, au même titre que le Bordet-Wassermann dans le sang. Il y a des lésions syphilitiques dans l'organisme, mais rien ne dit qu'elles soient nerveuses. Le Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien lui-même peut quelquefois être en défaut. Le Traitement d'Épreuve peut agir sur tout autre chose que le Tréponème. En somme, il ne reste aucun élément de diagnostic

tout à fait pathognomonique. Il faudra, comme nous le verrons, faire appel à tout un ensemble clinique et le diagnostic de l'origine syphilitique d'une hypertension sera bien rarement posé. On ne peut affirmer — comme on le faisait il y a quelques années — que « les principales causes de l'œdème papillaire se ramènent à trois : les tumeurs cérébrales, la syphilis et la néphrite ». L'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique est rare et son diagnostic est très délicat.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC POSITIF DE L'HYPERTENSION INTRA-CRANIEUNE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Nous avons vu combien sont nombreuses et faciles les causes d'erreur quand il s'agit de reconnaître cette maladie. Ce n'est pas un diagnostic qu'il faut poser à la légère, mais si l'on tient compte avec précisions et de signes physiques certains, et de réactions biologiques non douteuses, on entreprend un traitement spécifique dont l'action rapide vient confirmer l'existence d'une hypertension intra-cranienne syphilitique.

Chez ces malades on trouve l'intrication de deux ordres de signes : ceux d'hypertension intra-cranienne d'abord et ensuite certains éléments qui en font affirmer la nature syphilitique : les réactions biologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, et l'action rapide du traitement antisypilitique employé seul.

Le syndrome d'hypertension intra-cranienne est banal. Subjectivement, pour le malade, il s'agit surtout de céphalées tenaces. Comme dans les tu-

meurs cérébrales, elles sont caractérisées par leur intensité et leur continuité. Elles peuvent atteindre une violence extrême, rendant tout sommeil impossible, arrachant des cris au malade et résistant aux calmants habituels. Elles sont déchirantes, térébrantes, avec de terribles paroxysmes déclenchés par un mouvement, un effort, la toux, l'éternuement...

A côté de ce symptôme primordial peuvent exister des signes secondaires. Si la maladie évolue quelque temps, le malade peut être dans une véritable torpeur cérébrale allant tardivement jusqu'à la somnolence et au coma. Mais précocement, le malade est légèrement obnubilé, continuellement hébété. En même temps il peut présenter le syndrome psychique général lié à l'hypertension intracranienne et qu'ont décrit Lhermitte et Baruk. D'une part il se caractérise par de l'apathie, de la diminution de la mémoire, de la défaillance de la volonté et un déficit intellectuel global.

C'est au cours de cet état que peuvent survenir des vomissements qui prennent le type « cérébral ». Ils se produisent quelquefois sans troubles précurseurs, brutalement, véritablement en fusée, mais ne présentent pas toujours nécessairement ces caractères typiques. Ils sont complètement indépendants de toute ingestion alimentaire et coïncident avec des vertiges et de la recrudescence des céphalées. Par accès également peuvent survenir des crises d'Épilepsie généralisée, elles font partie du syndrome d'hypertension intra-cranienne, n'indiquant aucu-

nement une lésion de méningite syphilitique localisée. En somme il s'agit d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne banal, tel celui qui survient au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales. En présence de ces symptômes, deux recherches s'imposent : l'examen du fond d'œil et la ponction lombaire.

L'examen du fond d'œil apporte un élément primordial de diagnostic : l'existence de stase papillaire. C'est un élément si important que pratiquement on ne peut affirmer l'hypertension intra-cranienne sans la stase papillaire et, lorsqu'on parlera de stase papillaire, c'est en quelque sorte un synonyme d'hypertension intra-cranienne. Dans le cours de ce travail nous avons souvent étudié indifféremment à peu près les cas étiquetés par leurs auteurs Hypertension Intra-Cranienne d'origine syphilitique et stase papillaire syphilitique : c'est dire l'importance énorme attachée à ce signe physique.

Aussi faudra-t-il que cette stase soit nette. L'examen du fond d'œil pourra montrer au début un disque plus rouge, aux bords moins distincts, alors que la cupule physiologique se rétrécit et que la surface du disque optique se soulève légèrement. C'est à ce moment, où l'altération de la papille est peu marquée, que la mesure de la pression de l'artère centrale de la rétine ou tonoscopie, imaginée par Baillart, pourrait rendre des services. Elle consiste essentiellement dans la mesure, par un dynamomètre comprimant graduellement l'œil servant

de manchon interposé, de la tension de l'artère centrale observée à l'image droite : la première pulsation constatée correspond à la pression diastolique; la suppression de tout battement à la pression systolique. La pression diastolique, seule recherchée habituellement, correspond à peu près à la moitié de la pression diastolique humérale. Toute élévation de cette pression doit faire suspecter mais non affirmer une hypertension intra-cranienne. Il peut donc s'agir d'un nouveau signe objectif très précieux, au moins au début.

Mais, bientôt, la tuméfaction de la papille apparaît davantage, elle arrive à présenter une saillie importante sur le fond de l'œil, réalisant une sorte de véritable « champignon ». A ce moment, la distension des veines est considérable; elles ont dilatées, tortueuses; les hémorragies péripapillaires et rétiniennes apparaissent à une période variable de la stase papillaire. Ce sont, en général, des hémorragies en flammèches, disséminées surtout autour de la papille et le long des ramifications des veines rétiniennes. L'acuité visuelle baisse progressivement d'abord, puis par chutes successives souvent rapides, le champ visuel se rétrécit peu à peu avec élargissement de la tache aveugle et parfois des scotomes (hémorragies). La stase papillaire non traitée évolue vers l'atrophie papillaire et aboutit à l'une des formes de l'atrophie optique. Ce sont ces symptômes tardifs visuels qui amenaient ces malades autrefois aux ophtalmologistes. Ils observaient alors le

plus grand nombre de stases papillaires syphilitiques.

Actuellement, les céphalées, les vertiges attirent plus précocement l'attention des malades et les neurologistes avertis font pratiquer l'examen du fond d'œil. Ils découvrent ainsi précocement de la stase et peuvent affirmer le diagnostic d'hypertension intra-cranienne. En pratique, l'existence de la stase, et d'une stase nette, est indispensable. Cette lésion du fond d'œil est évidemment bilatérale. Les deux yeux sont atteints, à un degré quelquefois inégal, mais tous deux sont lésés. Unilatérale, la stase révèle en effet une cause locale ou de voisinage : tumeur du sommet de l'orbite, ostéopériostite, sinusite sphénoïdale grave... Elle serait insuffisante pour affirmer un syndrome d'hypertension intra-cranienne.

Après la stase papillaire, l'élément le plus important pour affirmer l'hypertension intra-cranienne c'est la mesure directe de la tension du liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire. Cette ponction lombaire sera toujours pratiquée couchée. Chez ces malades, c'est une opération dangereuse, il faudra éviter les décompressions brusques, comme chez les porteurs de tumeur cérébrale. On peut apprécier grossièrement l'hypertension du liquide céphalo-rachidien par la rapidité avec laquelle il coule de l'aiguille. Alors que normalement il sort goutte à goutte, il peut ici jaillir véritablement. Mais ce ne peut être qu'une appréciation grossière

et de grandes causes d'erreur peuvent en troubler l'appréciation.

Il faut mesurer la pression au manomètre. On utilise généralement le manomètre de Claude qui est bien suffisant dans ces cas. On lui reproche en effet de ne pas enregistrer des modifications rapides de tension, comme c'est indispensable dans l'étude des compressions de la moelle. Ici, il suffit de noter le chiffre maximum où monte le manomètre; son inertie n'a pas grosse importance. Alors que normalement on trouve en position couchée une tension variant entre 20 et 25 centimètres d'eau, les chiffres sont beaucoup plus élevés. Ils varient cependant entre l'hypertension limite aux environs de 30 jusqu'aux fortes hypertensions, au-dessus de 80.

Cette mesure indispensable de la tension du liquide céphalo-rachidien permettra en même temps d'étudier ses caractères chimiques et biologiques. D'ordinaire, il y a hyperalbuminose mais la lymphocytose manque. Il existe une véritable dissociation albumino-cytologique comme dans les tumeurs cérébrales. Dans quelques cas, d'après Rollet et Paulique, on peut trouver, surtout au début, une lymphocytose modérée. Dans l'observation que nous rapportons plus loin, il existait une véritable dissociation albumino-cytologique : Albumine 1 gr., Lymphocytes 5 éléments par mm³. Par contre, Roger et Reboul-Lachaux rapportent un cas où, avec hypertension variant entre 50 et 100 au Claude, on

ne trouve jamais d'hyperalbuminose ni de réaction lymphocytaire dans le liquide céphalo-rachidien. Il s'agit en réalité de notions secondaires, mais le plus souvent on trouve une dissociation albumino-cytologique. Ce qui importe surtout, c'est l'hypertension mesurée au manomètre de Claude. Avec la stase papillaire révélée à l'ophtalmoscope, ce sont les deux signes physiques indispensables pour affirmer l'hypertension intra-cranienne.

Il faut encore montrer que ce syndrome est syphilitique. En présence d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne, on pensera toujours d'abord à la syphilis, c'est le plus souvent pour l'éliminer, mais cette idée nous incitera à pratiquer sur le sang et le liquide céphalo-rachidien la réaction de Bordet-Wassermann. Quelquefois, dans les antécédents, on pourra trouver quelques éléments intéressants. A plus forte raison s'il existe une syphilis avouée, on pensera immédiatement à vérifier si la maladie actuelle n'est pas en rapport avec cette infection. Ce n'est évidemment pas une preuve, comme nous l'avons vu, de l'origine spécifique du syndrome, mais ce sont des signes qui vont mettre sur la voie du diagnostic.

L'examen complet du malade peut quelquefois aussi mettre en évidence des lésions notoirement syphilitiques. Il peut évidemment exister des lésions d'autres organes comme une aortite syphilitique. Ce qui nous intéresse surtout, c'est d'arriver

à prouver que le syndrome d'hypertension intra-cranienne que nous avons diagnostiqué (stase, tension du liquide céphalo-rachidien au manomètre) est bien sous la dépendance de la syphilis. On a décrit des paralysies oculaires accompagnant la stase papillaire syphilitique. La paralysie du moteur oculaire externe (VI) est la plus fréquente. La constatation d'une paralysie du moteur oculaire commun (III) ou du Pathétique (IV), beaucoup moins fragiles, doit retenir davantage l'attention. La mydriase ou l'inégalité pupillaire n'apportent aucune certitude puisqu'on peut les trouver dans les tumeurs cérébrales, mais on pourra quelquefois noter un signe d'Argyll-Robertson. Son interprétation est ici très délicate et même impossible, comme dans tous les cas où il y a lésion du fond d'œil. L'examen attentif de la cornée permettra aussi dans quelques cas de découvrir des reliquats plus ou moins discrets de kératite interstitielle dont Rollet a signalé l'importance. De même on notera, s'il y a lieu, des vestiges d'iritis ancienne. Enfin, on ne se contentera pas d'examiner la région papillaire, on explorera attentivement le fond d'œil pour dépister un trouble du vitré, une lésion périphérique parfois discrète de chorio-rétinite, comme dans l'observation si démonstrative de Puech que nous rappellerons pour montrer l'intérêt d'un symptôme convenablement apprécié :

Il s'agit d'un enfant de 14 ans présentant des

crises épileptoïdes bizarres, jusqu'à huit par jour. En même temps, il se plaint de brouillard devant les yeux. L'examen du fond d'œil montre de la stase papillaire, mais aussi, au voisinage de l'ora, on découvre, parsemés avec une assez grande régularité, des amas pigmentaires, la plupart arrondis, ne dépassant guère comme diamètre celui d'une grosse tête d'épingle. Cette constatation amena l'auteur à l'idée d'une tumeur gommeuse chez un hérédo-syphilitique. Un traitement spécifique énergique eut raison de tous ces accidents. Il ne fut pratiqué aucune intervention.

Tous ces signes secondaires pourront donc amener le médecin à l'idée d'une syphilis possible. Il en aura la preuve en pratiquant sur le sang la réaction de Bordet-Wassermann et les réactions plus sensibles de Hecht, Meinicke et Kahn. Mais ces réactions positives dans le sang montrent seulement que le sujet est syphilitique. C'est dans le liquide céphalo-rachidien qu'il faudra pratiquer le Wassermann pour avoir la preuve certaine que l'on se trouve en présence d'une syphilis nerveuse. Comme nous l'avons vu, il est préférable de demander que l'on pratique cette réaction sur le liquide céphalo-rachidien chauffé à 56° pendant quelques minutes. Évidemment, certains auteurs ont reproché à ce chauffage du liquide de négativer certaines réactions qui devraient normalement être positives. C'est ainsi que Clovis Vincent dit avoir trouvé de cette manière un Bordet-Wassermann négatif dans le

liquide céphalo-rachidien d'un sujet porteur de P. G.

C'est cependant l'exception. Ce chauffage à 56° — surtout si l'on se trouve en présence d'un liquide très alumineux — apporte la certitude de l'existence d'une syphilis. C'est bien l'avis de Guy Laroché qui disait en 1923 : « La disparition complète après chauffage d'une réaction de Bordet-Wassermann très positive avant chauffage rend la réaction très suspecte; des modifications aussi brutales ne s'observent pas dans le liquide céphalo-rachidien de syphilitiques nerveux. »

Il faut encore faire la preuve thérapeutique, si l'on peut dire, de l'affection. Il faut que le traitement médicamenteux antisypilitique amène rapidement la cédation de tous symptômes : diminution rapide des céphalées et aussi disparition progressive de la stase papillaire. Il est plus difficile de demander aussi une guérison biologique rapide. Le Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien surtout peut évidemment demeurer quelque temps positif, mais il faut qu'après un traitement suffisamment prolongé, ces réactions elles-mêmes deviennent négatives. Pour qu'on puisse juger convenablement de l'action du traitement, il faut que le traitement spécifique ait été employé seul. On connaît, en effet, l'heureuse évolution obtenue dans les méningites séreuses au moyen des ponctions lombaires évacuatrices répétées, ou encore de la Trépanation décompressive. Ce ne peut être qu'un

moyen d'urgence pour arrêter rapidement l'évolution d'une stase papillaire importante.

Il faudra donc, pour affirmer une hypertension intra-cranienne syphilitique, faire la preuve de deux syndromes : d'abord, il faut mettre en évidence l'hypertension intra-cranienne en recherchant la stase papillaire et en prenant la tension du liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire au manomètre de Claude. Il faut ensuite montrer sa nature syphilitique : elle est prouvée par une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien chauffé, et par l'action rapide du traitement antisypilitique employé seul.

Bien rares ont les observations qui résistent à ce contrôle sévère. Dans la plupart des cas que nous avons examinés, il n'y a qu'une présomption, forte sans doute, mais jamais de preuve certaine. C'est pourquoi il nous a semblé particulièrement intéressant de relater cette observation où tous ces contrôles ont été faits :

D... Marthe, 39 ans, est mariée. Elle a deux enfants bien portants ; un autre est décédé à l'âge de 14 ans de méningite (?). Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents. Son mari est bien portant également.

Elle entre à l'Hôpital pour céphalée frontale apparue depuis six semaines. Cette céphalée est vive, continue avec paroxysmes. Elle s'accompagne parfois de vomissements. Ces vomissements surviennent soit pendant le jour, soit pendant la nuit, vers deux heures. La vue est moins bonne depuis quelque temps ; de plus, la malade a vu « double et trouble ».

L'examen ne met en évidence que le syndrome très net d'hypertension intra-cranienne : Céphalée, vomissements, troubles de la vue qui vont être confirmés par un examen oculaire.

O. D. et O. G. : importante stase papillaire bi-latérale avec dilatations veineuses et petites hémorragies rétinienes diffuses.

Acuité visuelle : O. D. = $7/10$ — O. G. = $8/10$.

Musculature intrinsèque et extrinsèque : normale.

Réflexes pupillaires : normaux à la lumière et à l'accommodation.

Champ visuel : normal.

Sensibilité cornéenne : normale.

(Docteur LESCAUX)

La ponction lombaire confirme l'existence de l'hypertension intra-cranienne. La tension au manomètre de Claude en position couchée est de 40.

L'analyse montre : 5 lymphocytes par mm³ — Albumine 1 gr.

Bordet-Wassermann = positif (fixation de 4 doses le complément).

La réaction est encore positive sur le liquide chauffé à 56° Benjoin colloïdal = négatif.

Dans le sang : Bordet-Wassermann = positif ; Hecht et Kahn = positifs.

Par ailleurs, peu de choses à signaler, il n'y a aucun signe de localisation. Il existe des bourdonnements d'oreilles bi-latéraux qui sont dus vraisemblablement à l'hypertension intra-cranienne. L'audition est normale, ainsi que les épreuves vestibulaires.

Aucu trouble cérébelleux ni pyramidal.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, non exagérés. La flexion plantaire n'est pas nette à droite : elle se fait moins bien qu'à gauche. Les urines sont normales. Le cœur ne présente aucune anomalie. Pouls : 80 Tension artérielle 13-7. (Vaquez Laubry).

La radiographie du crâne ne décèle rien d'anormal.

Un traitement spécifique est institué d'abord sous forme,

d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure, puis d'injections intra-musculaires de bismuth. Petit à petit, les signes cliniques disparaissent. Un mois plus tard, la stase papillaire commence à diminuer.

Une deuxième ponction lombaire faite à ce moment montre . une tension de 27 au manomètre en position couchée, 4,5 lymphocytes par mm³, 0,80 gr. albumine. Bordet-Wasserman positif. Dans le sang, Bordet-Wassermann, Hecht, Meinicke, Kahn sont négatifs.

Trois mois plus tard, il n'y a plus de céphalée. La stase papillaire est très diminuée. Enfin, l'amélioration continue et cinq mois plus tard, il n'y a plus aucun signe clinique : les papilles sont absolument nettes, sans aucun reliquat de stase. Les vaisseaux sont normaux. L'acuité visuelle est 10/10 O.D. et O.G. Aucun incident n'est survenu depuis un an chez cette malade dont la santé est parfaite.

Cette malade remplit bien toutes les conditions que nous avons posées pour affirmer le diagnostic d'hypertension Intra-Cranienne. Elle présentait un syndrome d'hypertension intra-cranienne à peu près pur : céphalées très intenses, stase papillaire bilatérale et enfin tension 40 en position couchée au manomètre de Claude. Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouve une véritable dissociation albumino-cytologique. Par ailleurs, aucun signe d'attente encéphalique localisée. Et la preuve de la syphilis est des plus nettes, puisque non seulement le Bordet-Wassermann est positif dans le sang, mais encore dans le liquide céphalo-rachidien chauffé. Il nous faut insister aussi sur l'action remarquable du trai-

tement antisiphilitique employé seul, puisque un mois plus tard, la tension du liquide céphalo-rachidien n'est plus que de 27 en position couchée, trois mois après il n'y a plus de céphalée, et cinq mois sont passés que la stase papillaire a complètement disparu.

Il n'y a pas de doute : on se trouve bien ici en présence d'un syndrome d'Hypertension Intra-Cranienne siphilitique. Tous les éléments du diagnostic ont été envisagés et la clinique en même temps que le laboratoire ont répondu avec toute la précision désirable. C'est ce qui fait l'intérêt considérable de cette observation, étant donnée l'extrême rareté de tels faits.

Il nous reste, en effet, à montrer la rareté de la syphilis dans l'étiologie de l'hypertension intracranienne.

Si l'on tient compte de grosses lésions comme des gommes du cerveau, nous avons vu au début de ce travail combien rarement on peut en poser le diagnostic. Dans la règle, il s'agit de tumeur cérébrale banale, gliome ou méningiome. Nous avons vu que les gommes ne représentaient pas plus de 0,5 à 1 % de l'ensemble des tumeurs cérébrales. C'est un diagnostic qu'il vaut donc mieux éviter puisque, d'ailleurs, le traitement est chirurgical et ne devient médical qu'après ablation de la lésion.

Les ramollissements pseudo-tumoraux d'origine siphilitique sont évidemment tout à fait exceptionnels. Il reste les syndromes d'hypertension intra-

crânienne purs, sans lésion macroscopique, où on a simplement hypertension du liquide céphalo-rachidien et stase papillaire. Nous apportons bien une observation où nous avons essayé de toutes façons d'éviter les causes d'erreur si nombreuses dans ce diagnostic, mais combien rares sont les observations que nous avons trouvées dans la littérature et qui remplissent toutes ces conditions ! Bien souvent, le Wassermann n'est pas positif dans le liquide céphalo-rachidien et les auteurs se basent surtout sur l'action du traitement spécifique employé concurremment le plus souvent avec des ponctions lombaires évacuatrices et même la Trépanation décompressive.

Même dans cette observation de MM. Roger, Reboul-Lachaux et Mlle Certonciny qui nous a semblée très démonstrative, où il s'agit certainement de stase papillaire syphilitique, la guérison est survenue rapidement, grâce au traitement spécifique, mais aussi grâce aux ponctions lombaires successives.

Il s'agit d'un homme de 41 ans, syphilitique, ayant eu de la diplopie et un ictus. Apparaissent des céphalées intenses avec vomissements à type cérébral et baisse de l'acuité visuelle. Quatre ponctions lombaires à huit jours d'intervalle donnent chaque fois un liquide dont la tension varie entre 50 et plus de 100 au manomètre de Claude. Le Bordet-

Wassermann y est positif. Il n'y a pas de réaction lymphocytaire. Guérison rapide par les ponctions lombaires et le traitement spécifique.

Nous avons cité au cours de ce travail plusieurs observations qui nous ont semblé pouvoir montrer un cas de stase papillaire syphilitique mais ne présentaient jamais une certitude scientifique complète. Bien rarement donc on pourra poser le diagnostic d'hypertension intra-cranienne syphilitique : c'est l'idée d'ensemble qui doit se dégager de ce travail. On a fait trop souvent appel à la syphilis pour éviter une décision opératoire que nécessiterait pourtant l'état inquiétant du patient. Il faut évidemment toujours avoir à l'esprit la possibilité de syphilis en face de symptômes nerveux encéphaliques, mais l'Hypertension Intra-Cranienne dépend rarement de cette infection.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION INTRA-CRANIENNE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Le Traitement de la stase papillaire syphilitique, qui se résumait au temps du Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre dans les « mercuriaux et les antiphlogistiques », s'est enrichi depuis, de nombreuses médications chimiques nouvelles, et les méthodes chirurgicales ont pris également de plus en plus d'importance.

Dans les cas où il existe des lésions macroscopiques cérébrales, quand il existe des gommages du cerveau, tous les auteurs sont d'accord pour préconiser d'abord la Trépanation décompressive. Évidemment, il faudra, chaque fois que le diagnostic de gomme aura été posé, commencer par un traitement intensif Ioduré en particulier, mais pour Bagdazar, ce traitement est alors tout à fait inactif et inutile. Il faut commencer au moins par une trépanation décompressive et même par l'ablation radicale de la lésion. Le traitement médical antisypilitique agit mieux après l'opération et permet une

guérison définitive, peut-être en raison des modifications apportées au régime circulatoire par la décompression.

En pratique, comme cela s'est passé dans la plupart des cas rapportés par Bagdazar, le diagnostic porté est celui de tumeur cérébrale, les gommes sont si rares. Le malade est opéré et c'est seulement l'aspect macroscopique de la lésion qui fait penser à une gomme. Souvent même, seul l'examen histologique montre la nature précise de la tumeur, et le traitement spécifique ne fait que consolider la guérison.

Mais s'il s'agit d'une hypertension banale attribuée à la syphilis, beaucoup d'auteurs encore préconisent d'abord la Trépanation décompressive pour permettre l'action du traitement spécifique. Chez ces malades, la Trépanation décompressive amorce seulement la guérison et permet de l'obtenir complète par la reprise des mêmes médicaments qui avaient été inefficaces jusque-là. Rochon-Duvigneaud était amené par des constatations de même espèce à déclarer au Congrès d'Ophtalmologie de 1922 : « La stase peut détruire le nerf optique avant que le traitement ait fait rétrocéder la lésion causale, et la décompression est indiquée comme traitement d'urgence pour écarter le danger immédiat que traversent les nerfs optiques. Velter est encore plus précis : « Même si l'on trouve à la stase une étiologie syphilitique, la Trépanation doit être faite. Elle supprime les céphalées, elle améliore vite

l'acuité visuelle et elle constitue un adjuvant précieux du traitement spécifique. » Dufour et Cantonnet insistent à leur tour sur ce point : « Une stase papillaire des plus syphilitiques peut résister à un traitement antisyphilitique prolongé et intensif et ne céder à ce traitement qu'après une décompression indispensable pour permettre à la médication d'agir. » Et, plus tard, H. Dufour prétend appliquer cette constatation à d'autres déterminations syphilitiques. Il étudie le traitement associé médico-chirurgical (Craniotomie et Bismuth) dans la syphilis cérébrale et la paralysie générale.

Il faudrait donc toujours commencer par pratiquer une trépanation décompressive. Et cependant Satanovosky, de Buenos-Aires, rapporte neuf cas d'œdème papillaire d'origine syphilitique dans lesquels le traitement mercuriel fut employé seul et amena une guérison complète. Pour lui, quand la syphilis est en cause, l'effet du traitement se fait très rapidement sentir et l'indication opératoire n'est pas à envisager. C'est également notre avis, mais à une condition formelle, c'est que s'exerce une surveillance attentive du fond de l'œil par des examens fréquemment répétés.

Dans certains cas où l'œdème papillaire est très prononcé et pourrait amener rapidement la perte de la vision, il faut agir vite. La Trépanation décompressive peut être indiquée, comme le disait Rochon-Duvigneaud, pour écarter le danger immédiat. Tout dépend de l'acuité visuelle. Si elle com-

mence à baisser, le cas est grave et une thérapeutique décompressive peut devenir urgente. La ponction lombaire évacuatrice, susceptible de diminuer les céphalées, n'est pas suffisante. Mais dans la majorité des cas, et si le syndrome est bien d'origine syphilitique, le traitement médical doit agir seul.

Le médicament de choix à employer dans ce cas, c'est le mercure. Il est administré le plus souvent sous forme de cyanure de mercure en injection intraveineuse, plus rarement sous forme de Biiodure ou d'huile grise en injection intramusculaire. Spillman a insisté également sur l'avantage incontestable retiré parfois des frictions mercurielles. Dans la plupart des observations, le traitement a consisté surtout en une série d'injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Le rôle du Mercure est très intéressant. Comme nous l'avons dit précédemment, il est double en quelque sorte : non seulement c'est un médicament antisiphilitique énergique, mais il agit directement sur l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Le Mercure est en même temps diurétique et réalisant un appel d'eau des tissus vers le sang, il diminue la quantité de liquide céphalo-rachidien, et donc sa tension. En pratique, on commencera toujours par une série de vingt injections quotidiennes de cyanure de mercure à la dose de 1 centigramme.

Mais il sera bon, la série de cyanure terminée, de pratiquer par semaine une ou deux injections de sel de Bismuth. Dernier venu en thérapeutique, il

est particulièrement actif. De récentes recherches de Lévaditi et P. Lépine (1931) ont démontré que les sels de Bismuth, comme les arsénobenzènes, amènent dans certains cas la guérison totale de la syphilis expérimentale du lapin. « On peut affirmer, disent-ils, que le Bismuth liposoluble (Bivatol) associé ou non à des dérivés bismuthiques insolubles (Trépol), de même que les Arsénobenzènes, réalisent la guérison totale de la syphilis expérimentale du lapin. » Il faut, en effet, agir fortement, de façon à éviter les réactivations et poussées congestives toujours possibles dans le cas de traitement insuffisant.

C'est surtout au cours du traitement par l'arsenic que ces réactivations sont à craindre. Louis Spillman et Cornil publiaient en 1928 un cas où le traitement arsénical provoqua, au cours d'une poussée minigée secondaire, un véritable syndrome d'hypertension intra crânienne. Ils insistent sur le danger d'un traitement arsénical dans ce cas. H. Dufour et Cantonnet rapportent une observation où, à la suite d'une injection de Novarsénobenzol, se produisit une véritable apoplexie séreuse qu'un traitement antisypilitique énergique ne parvint pas à juguler et qui nécessita une trépanation décompressive.

V..., âgé de 29 ans, garçon de café, a eu la syphilis en 1913. Il a d'ailleurs contaminé sa femme, également soignée à l'hôpital Broussais.

V... est soigné dans le service de Médecine de l'un de nous depuis Février 1920 pour céphalée, vertiges, vomissements. La réaction de Wassermann est partiellement positive dans le liquide céphalo-rachidien. Cytologie normale du liquide céphalo-rachidien.

L'examen somatique ne fournit aucun renseignement. Il revient en Octobre 1921 pour recevoir un traitement intra-veineux de novarsénobenzol. A la suite de la deuxième injection, il est pris de vomissements, de céphalées qui se renouvellent plusieurs jours et nécessitent sa rentrée à l'hôpital. Après une nouvelle piqûre de Novarsénobenzol, il est atteint de perte de connaissance avec chute : véritable apoplexie séreuse.

En Novembre 1921 et Décembre 1921, des ponctions lombaires pratiquées donnent un Wassermann négatif avec légère lymphocytose et augmentation de l'albumine. Le Wassermann du sang est négatif. En Décembre 1921, V... se plaint de troubles visuels avec phases d'obnubilation. Pouls à 90.

L'examen ophtalmoscopique montre une acuité de 7/10 avec rétrécissement périphérique pour les couleurs (peu marquée). Très grosses stases papillaires avec hémorragies périphériques, en flammèches.

A partir de cette époque, V... reçoit du Sulfarsénol en injection fessière, du benzoate de mercure, du cyanure de mercure dans les veines, du Trépol, car les examens oculaires réputés en Janvier, Février, Mars, Mai 1922 montrent l'augmentation de la stase papillaire (Cantonnet).

Devant l'échec des traitements spécifiques variés, M. Chevrier procède le 15 Mai 1922 à une trépanation décompressive à droite sans ouverture de la dure-mère. Il fait par réunion des points de trépanation et fracture de la base, un volet osseux un peu plus petit qu'une paume de main qu'il laisse en place. Les suites sont normales. La stase commence à disparaître. Soumis de nouveau au traitement spécifique par le Trépol, la stase diminue rapidement pour ne plus exister en Octobre 1922. A ce moment l'acuité visuelle est de 9/10. Le malade a repris son travail depuis deux mois.

Dans ce cas, l'action de l'arsenic fut vraiment funeste. Et pourtant, Baruch, dans la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, étudiant la papille de stase dans la syphilis et son évolution, parle des heureux résultats obtenus par l'arséno-benzol. Sur 174 malades traités, 168 ont guéri complètement, chez 6 autres l'atrophie ne put être évitée, 4 d'ailleurs n'avaient subi qu'un traitement insuffisant. Il ne parle pas d'accidents de réactivation attribuables à ce médicament. En pratique, il vaut mieux s'abstenir d'employer l'arsenic seul. Il ne faut l'utiliser qu'à titre de médication de complément, après une série de mercure-bismuth, comme celle que nous venons de décrire.

C'est donc surtout au traitement médical qu'il faut avoir recours dans les cas qui nous intéressent. La Trépanation décompressive ne peut être indiquée que dans les cas d'urgence quand la vision est à sauver. Mercure et Bismuth réaliseront d'abord un traitement d'attaque. L'Arsenic viendra ensuite pour consolider la guérison.

Insistons encore une fois sur la nécessité absolue de la surveillance rigoureuse du fond d'œil et de l'acuité visuelle pendant toute la durée de ce traitement médical.

CONCLUSIONS

I. Il y a quelque cinquante ans, la syphilis était incriminée fréquemment dans l'Étiologie de l'Hypertension Intra-Cranienne. Nombreuses sont les observations des ophtalmologistes ayant guéri la stase papillaire par le traitement spécifique. Une réaction très nette s'est manifestée contre cette tendance dès que les neuro-chirurgiens purent guérir la stase papillaire par la Trépanation décompressive et surtout l'ablation radicale des tumeurs cérébrales. Actuellement, la Ponction Lombarde courante, les réactions sérologiques pratiquées systématiquement ont montré que l'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique est rare, sans doute parce que la syphilis est plus précocement et plus énergiquement traitée.

II. La syphilis intervient de plusieurs manières dans l'étiologie de l'Hypertension Intra-Cranienne. Les gommes cérébrales d'abord, c'est le mécanisme le plus anciennement connu; mais il est notable que la fréquence des gommes a diminué de façon considérable en faveur des tumeurs cérébrales. Dans certains cas, par Artérite, la syphilis peut réaliser des ramollissements cérébraux qui sont quelquefois

pseudo-tumoraux. Enfin, dans certains cas d'Hypertension Intra-Cranienne pure, sans lésions macroscopiques, peut-être s'agit-il de lésions irritatives des plexus choroïdes ou de troubles de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien.

III. Le diagnostic réclame une discipline rigoureuse. De nombreuses causes d'erreur sont à éviter. Ce n'est pas seulement sur l'anamnèse que l'on peut se baser, même s'il existe une syphilis avouée. Au même titre que le Bordet-Wassermann dans le sang, ceci indique seulement que le sujet est syphilitique; rien ne prouve qu'il fait une syphilis nerveuse. Le Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien lui-même peut quelquefois induire en erreur. On a signalé des cas de tumeur cérébrale avec Bordet-Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Il semble que si l'on chauffe le liquide quelques minutes à 56° ou si l'on emploie des antigènes spéciaux, cette cause d'erreur disparaisse. L'action du traitement antisyphilitique elle-même n'est pas une preuve certaine. La médication spécifique peut agir en dehors de toute syphilis, le cyanure de Mercure possédant une action certaine sur le Métabolisme de l'eau, et pouvant avoir aussi, comme les autres médicaments employés, un rôle anti-infectieux général.

IV. Aussi, pour affirmer l'Hypertension Intra-Cranienne d'origine syphilitique, faut-il une concordance absolue de deux ordres de signes : l'hypertension intra-eranienne d'abord, avec stase papillaire non douteuse et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, mesurée au manomètre de Claude, par ponction lombaire. Les preuves de syphilis nerveuse ensuite : Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachiden chauffé à 56°, et l'action favorable du traitement antisypilitique employé seul, amenant une guérison clinique et biologique.

Si l'on recherche toutes ces précisions, on s'aperçoit que ce syndrome est exceptionnel. C'est ce qui fait, croyons-nous, l'intérêt de l'observation que nous rapportons.

V. Le traitement de l'Hypertension Intra-Cranienne d'origine syphilitique doit être d'emblée très intense pour réduire rapidement la stase papillaire et éviter l'atrophie optique. Il faut employer surtout le cyanure de mercure en injections intra-veineuses. En même temps que médicament anti-sypilitique, il a un rôle certain sur le métabolisme de l'eau. Il y a intérêt à compléter ce traitement par des injections intramusculaires de Bismuth. Il vaut mieux se méfier de l'Arsenic, à cause des réactions congestives possibles; en tout cas, si on y a recours, ne l'employer qu'après un autre traitement antisypilitique.

Ce traitement médical peut agir seul. Dans certains cas où il faut agir vite pour éviter la perte complète de la vision, il faut envisager, associée avec cette thérapeutique, la possibilité d'une trépanation décompressive.

Vu : le Doyen
L. SPILLMANN

Vu : le Président
M. PERRIN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Nancy
L. BRUNTZ

BIBLIOGRAPHIE

Ask (F.) de Lund (Suède). — Sur la clinique et pathogénèse de la stase papillaire. Svenska lä Raretivming, t. 21, F. 35, 29 Août 1924.

Babonneix L. et Chabrol. — Gliome Cérébral. Bull. de Soc. Méd. Hôp. Paris. Séance 20 Juill. 1923, p. 1.142.

Bagdazar Dimitrie. — Service de Cushing à Boston : Traitement chirurgical des gommages cérébrales, leur incidence par rapport aux tumeurs. Revue Neurologique, Juill. 1929, T. II, p. 1.

Baillart. — La circulation rétinienne à l'état normal et pathologique. Doin, Paris 1923.

Balduzzi. — Evaluation de la pression du liquide céphalo-rachidien dans les méningites séreuses et dans les tumeurs de l'encéphale. L'Encéphale, Tome XIX, n° 2, Fév. 1924.

Barré et Folly. — Méningite syphilitique hypertensive avec

Amaurose. Sté Neuro-oculistique de Strasbourg (Séance du 9 Février 1924). In Arch. d'Ophtalmologie 1924, p. 244.

Baruch (R.). — La papille de stase dans la syphilis et son évolution. Influence de l'Ansénobenzol. Deutsche Medizinische Wochenschrift, n° 6, 9 Février 1923.

Baruk (H.). — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. Th. Paris 1926. Doin, édit.

Becq. — L'hypertension cranienné. Thèse, Toulouse 1936.

Boussy Juliette. — La stase papillaire, sa valeur en dehors des tumeurs intra-craniennes. (Th. de Lyon 1931).

Breming G. — Inflammation syphilitique de la rétine. In Ung-Ztsch, n° 10, 1861.

Carr de Saint-Louis Mo. — La méningite syphilitique aiguë (Acute syphilitic meningitis). The American Journal of Syphilis. Vol. XIII, n° 3, p. 360, Juillet 1929.

Chevallier Paul. — La Ponction Lombarde dans la syphilis. Gazette des Hôpitaux, 13 Mars 1926.

Christiansen V. (de Copenhague). — Valeur diagnostique de la stase papillaire au point de vue neurologique. Sté d'Ophtalmologie de Paris, 29 Mai 1924, in Arch. d'Opht. p. 467 et 535.

Claude Henri. — Les variétés cliniques du syndrome d'hypertension intra-cranienne. Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris, T. XXV, p. 476-479, 25 Nov. 1913.

— L'hypertension intra-cranienne et les méningites séreuses. III^e Conférence. Questions Neurologiques d'Actualité (Masson et C^o Editeurs, Paris 1922).

— Méningite séreuse. Rapport à la Sté Neurologique Internat. Revue Neurologique 1933, T. I, p. 824.

Claude, Lamache et Dubar. — Essai sur la pathogénie de la stase papillaire. Sté d'Ophtal. de Paris, 20 Oct. 1928, in Arch. d'Opht. 1929, p. 230.

— Tension Rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien. Encéphale, Janvier 1927.

David, H. Berdet, L. Guillaumat et H. Askenasy. — Arachnoïdite syphilitique de la grande citerne. Revue Neurologique, n° 6, Déc. 1936.

De Busscher J. et H.-J. Schérer. — Syphilis cérébrale et gliome. Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie, Déc. 1935, p. 714.

Dechambre. — Rétinite Syphilitique in Dict. des Sc. Méd. Paris 1876.

Dechaume J. et P. Wertheimer. — Statistique Anatomico-pathologique de deux années de neuro-chirurgie pour tumeurs cérébrales. Lyon Médical 1933, n° 53, p. 733 et 1934, n° 1, p. 3.

De Lapersonne et Welter. — Stase Papillaire in Nouveau Traité de Médecine de Roger, Vidal, Teissier, fasc. XVIII, p. 709.

De Martel et Clovis Vincent. — Diagnostic et traitement des syndromes d'Hypertension. Journal Médical Français, 15 Mai 1914, p. 185-209.

Dereux J. — Les méfaits du traitement antisyphilitique dans la thérapeutique des malades nerveuses. Gaz. Médic. de France, 1^{er} Nov. 1930, p. 1524.

Dereux J., P. Coustenoble et St. Desreumeaux (de Lille). — Syndrome d'Hypertension Intra-Cranienne d'origine syphilitique. Guérison par le traitement spécifique. Sté Médic. des Hôp. de Paris, séance du 19 nov. 1937.

Desneux J. (de Bruxelles). — Que faut-il penser des réactions de Wassermann dites positives dans certains liquides céphalo-rachidiens en l'absence de syphilis ? Journ. Belge de Neurol. et de Psychiatrie, n° 12, Déc. 1935, p. 726.

Dollfuss et Renard. — Deux cas d'hypertension intra-cranienne guéris par le traitement spécifique. Soc. d'Oto-Neuro-Ocul., Paris 3 Septembre 1926.

Dubarry et Maurice Goillot. — De la Trépanation dans le traitement de la stase papillaire. Annales d'Oculistique, 1905, T. I, p. 390.

Dufour H. — Traitement associé médico-chirurgical (Craniotomie et Bismuth) dans la syphilis cérébrale et la Paralysie Générale. Bull. Méd. Paris, V. 38, 1924, p. 39.

Dufour H. et Cantonnet. — Craniotomie décompressive pour stase papillaire chez un syphilitique. Guérison grâce au traitement spécifique après décompression. Soc. de Neurol. Séance du 9 Nov. 1922.
Revue neurologique 1922, n° 11, p. 1382.

Dujardin (de Bruxelles). — Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. Paris, 1921.

Dujardin B. et Martin P. (de Bruxelles). — Un cas de syphilis cérébrale à allure de tumeur cérébrale. Trépanation décompressive. Guérison. Journ. de Neurol. et de Psychiatrie, n° 3, p. 216, Mars 1928.

Dupuy-Dutemps. — Pathogénie de la stase papillaire. Thèse Paris 1900.

— Pathogénie de la stase de la papille. La compression de la veine centrale. Annales d'Oculistique, p. 429, an. 1936.

Enroth. — Pathogénie de la stase de la papille. Annales d'Oculistique, 1936, p. 356.

Fano. — De la rétinite syphilitique, in *Union Médicale* 1861, n° 68.

Foix. — Les compressions médullaires. *R. Neurologique*, 1923, p. 626.

Galezowski. — De la rétinite et névrite syphilitique. *Gaz. des Hôp.*, p. 419, 1866.

Grossmann. — Rétinite syphilitique, in *Amer. Med. Clin. Review*, p. 708 et 730, Juillet 1858.

Holchinsow et Jackson (H.). — Rétinite syphilitique, in *Med. Times and Gazette*, 17 Mai et 14 Sept. 1862.

Jacob. — Exsudation de la rétine dans la syphilis héréditaire, in *Med. Times and Gazette*, 5 Déc. 1857.

Jacobson. — De la rétinite syphilitique, in *Koenigsb. Med. Sahrh.*, T. I, p. 283, 1859.

Kalt Marcel. — Contribution à l'étude de la pression artérielle rétinienne dans l'hypertension intra-cranienne. Thèse Paris 1927.

Lamache (A.). — Etude sur la tension du liquide céphalo-rachidien. Thèse Paris 1926.

Leslie Paton et Gordon Holmés. — La Pathologie de l'œdème de la papille. *Brain*, vol. XXXIII, part. 132, p. 389-432, Mars 1911.

Levaditi C. et P. Lépine. — Les médicaments antisypilitiques actuels : Bismuth et Arsenic trivalent, réalisent-ils la guérison définitive de la syphilis ? *Presse Méd.*, 27 Juin 1931, T. I, p. 948.

Magitot. — Hypertension Intra-Cranienne sans stase papillaire. *Revue Neurol.*, Juin 1927, et *Soc. d'Opht. Paris*, Janvier 1929.

Martin P. — Tumors of the Brain and syphilis. *Archives of Surgery* 1929, vol. 19, p. 1531.

Moersch I.-P. — Tumors of the Brain and syphilis. *Ann. J. M. Sc.* 1928, CLXXV, 12.

Newmark L. — The Journal of the Am. Med. Ass., Vol. LVIII, 1912, p. 11. The occurrence of a positive Wassermann Reaction in two cases of non specific Tumors of the central nervous system.

Nonne M. — Zurdifferential diagnose von syphilogener Erkrankung des zentral nerveusystems und nicht syphilogener erkrankung desselsben bei syphilitischen. *Neurol. Zentralbl.*, 1910, XXIX, 1.178-85, Syphilis und nervensystem. Berlin, 1915.

Nordmann. — Gommès cérébrales syphilitiques avec Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien. *Traitement, Guérison.* *Loire Médicale*, 1925, p. 39, 239, 292.

Pallasse E. et Ph. Scouras. — Considérations sur la valeur pratique de la réaction de Bordet-Wassermann. *Progrès Médical*, 4 Oct. 1930.

Parker W. — The mecanism of papilledema. *Arch. of Neurol. and Psych.*, Vol. 14, n° 1, Juillet 1935.

Pilotti Giovanni. — Sur la positivité de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, dans les méningites non syphilitiques. *Policlinico sezione pratica* au 34, n° 43, p. 1535, 24 Oct. 1927.

Quinke H. — Die lumbal punctum des hydrocephalus. Berl. Klin. Woch., 1891, p. 929, 964.

Ralph L. Drake (Philadelphie). — Syphilis Oculaire. III. Revue de la littérature et relation d'un cas de méningite aiguë et méningo-encéphalite avec note spéciale concernant l'œdème papillaire, in Annales d'Oculistique, 1935, p. 520.

Ravaut. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Presse Médicale, 14 Juillet 1928.

Riser et Planques (de Toulouse). — Les ramollissements pseudo-tumoraux de l'encéphale. Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. Paris, 29 mars 1937, p. 407.

Rizzo. — Alcune considerazioni sulla R. di Wassermann nel liquido C.R. Il Cervello Anno III, n° 4, 1924, p. 257.

Robert Lee Gloss et Paule H. Garvey. — Œdème de la papille dans la méningite aiguë et la méningo-encéphalite syphilitique. American Journal of Ophthalmology, vol. II, n° 5, Mai 1928, p. 377.

Roger, Reboul, Lachaux et Mlle Certonciny. — Hypertension intra-cranienne avec stase papillaire chez un syphilitique sans réaction méningée. Soc. Oto-Neuro-Oculistique du Sud-Est. Séance du 26 Déc. 1926, in Revue Neurologique, 1927, T. 1, p. 396.

Rollet. — Causes de l'œdème papillaire. Lyon Méd., 1925, p. 75. Soc. d'Ophtalm. de Lyon, 13 Janvier 1925.

Rollet et Colrat. — Pseudo-tumeur cérébrale. Œdème papillaire pur chez une azotémique. Soc. d'Ophtalm. de Lyon, 13 Janvier 1927, in Lyon Médical, 1925, p. 236.

Rollet et Pautique. — Œdème papillaire par méningite séreuse syphilitique. *Lyôn Médical*, 1930, T. I, p. 230.

— Les manifestations oculaires des méningites séreuses syphilitiques. *Journ. de Méd. de Lyôn*, 20 Mars 1931, n° 279, p. 193.

Roussy G. et L. Cornil. — Stase papillaire dans les tumeurs cérébrales, in *Nouveau Traité de Médecine de Roger, Vidal et Teissier*, fasc. XIX, p. 534.

Salanowosky P. — Différents cas d'œdème papillaire d'origine syphilitique guéris par le traitement sans intervention chirurgicale. *Arch. d'Ophtal. de Buen.-Aires*, II^e Semestre de 1934, in *Archives d'Ophtalmologie*, 1936, p. 395.

Schreiber. — Amaurose suite de rétinite syphilitique aiguë. Guérison, in *Wiener Méd. Halle*, n° 37, 1862.

Sézary et Terrasse. — *Annales de Dermatologie et Syphilographie*. Paris. Janv. 1935, p. 30.

Sicard. — Syphilis nerveuse et son traitement. *Réunion Neurologique*, Juill. 1920.

Sicard et Haguenau. — a) Méningite syphilitique, in *Nouveau Traité de Médecine de Roger, Vidal et Teissier*, Fasc. XX, p. 480.

b) Méningites séreuses, in *Nouveau Traité de Médecine de Roger, Vidal et Teissier*, fasc. XX, p. 505.

Sichel. — De l'amaurose cérébrale et syphilitique, in *Gaz. Méd. France*, n° 28, 1859.

Spillmann Louis et L. Cornil. — Syndromé d'hypertension intra-cranienne au cours d'une méningite syphilitique secondaire. Réunion Dermatologique de Nancy, séance du 22 Juin 28, in : Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. Masson et Cie, Edit., Paris, 1928, p. 508-511.

Spurling Maddock. — Arch. Neurology and Psychiatry, 1925, July, p. 54.

Terrien F. — Valeur séméiologique de la stase papillaire dans les méningites séreuses, in Arch. d'Ophtalmologie, 1935, p. 465.

Terrien, G. Renard et M.-A. Dollfuss. — Stase papillaire et Épendymite séreuse, in Arch. d'Ophtalmo., 1928, p. 288.

Urechia C.-I. et Mihalescu. — Tumeur méningée ayant simulé une syphilis cérébrale. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 12 Octobre 1923, p. 1341.

Vincent Cl. — Présence de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien au cours de maladies nerveuses dont la nature syphilitique n'est pas démontrée. Revue Neurologique, n° 9, 15 Mai 1912, p. 652.

— Sur la réaction de Wassermann dans les tumeurs du cerveau. Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, n° 34, 29 Nov. 1929, p. 1568.

— Comment on reconnaît les affections du système nerveux qui peuvent être traitées chirurgicalement, les tumeurs en particulier. Conférence faite aux Journées Médic. de la Faculté Libre de Méd. et de Pharm. de Lille (Mai 1936), in Journ. Sc. Médic. de Lille, 2 Mai 1937, n° 18 bis, p. 88.

Weill Mathieu-Pierre. — Réaction de Bordet-Wassermann et Tumeurs cérébro-méningées. Bull. Soc. Méd. des Hôp. Séance du 26 Oct. 1923, p. 1423, et Séance du 23 Nov. 1923, p. 1573.

Wade. — De la rétinite syphilitique : in the midland Quart. Journ. of Méd. Sc., Mai 1857.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	11
CHAPITRE PREMIER. — Dans quelles conditions inter- vient l'hypertension intra-cranienne d'origine syphi- litique	17
CHAPITRE II. — Les causes d'erreur dans le diagnostic d'hypertension intra-crânienne d'origine syphilitique	35
CHAPITRE III. — Diagnostic positif de l'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique	55
CHAPITRE IV. — Traitement de l'hypertension intra- cranienne d'origine syphilitique	69
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	83

